



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
NÍVEL MESTRADO  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE BUCAL COLETIVA

CHARLENE DA SILVEIRA DALBERTO

ANÁLISE QUALITATIVA DOS FATORES FUNCIONAIS E PSICOSSOCIAIS  
RELACIONADOS AO USO DE PRÓTESES TOTAIS FABRICADAS  
PELAS TÉCNICAS CONVENCIONAL E CD4

Porto Alegre

2015

CHARLENE DA SILVEIRA DALBERTO

ANÁLISE QUALITATIVA DOS FATORES FUNCIONAIS E PSICOSSOCIAIS  
RELACIONADOS AO USO DE PRÓTESES TOTAIS FABRICADAS  
PELAS TÉCNICAS CONVENCIONAL E CD4

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Nível Mestrado, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito final para a obtenção do título de Mestre em Odontologia – Área de Concentração: Saúde Bucal Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Dalva Maria Pereira Padilha

Porto Alegre

2015

### CIP - Catalogação na Publicação

Dalberto, Charlene da Silveira

Análise qualitativa dos fatores funcionais e psicossociais relacionados ao uso de próteses totais fabricadas pelas técnicas convencional e CD4 / Charlene da Silveira Dalberto. -- 2015.

67 f.

Orientadora: Dalva Maria Pereira Padilha.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Prótese Dentária. 3. Prótese Total. 4. Idoso. 5. Análise Qualitativa. I. Padilha, Dalva Maria Pereira, orient. II. Título.

## AGRADECIMENTOS

À **minha família**, por ter oferecido as bases para o meu desenvolvimento moral e espiritual, as maiores conquistas de uma existência. Em especial, à **minha mãe**, por dedicar a sua vida para ser a nossa estrutura: meu maior exemplo de determinação e dignidade. Obrigada por me fazer tão bem e por sempre ter entendido a minha ausência.

À **Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, na figura de seu diretor, Ilmo. Prof. Dr. Pantelis Varvaki Rados, e ao **Centro de Pesquisa em Odontologia Social** desta instituição, dirigido pelo Prof. Dr. Fernando Neves Hugo, por terem permitido a realização dos meus objetivos para o início da construção de um caminho profissional sólido e qualificado.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dra. **Dalva Maria Pereira Padilha**, por ter me dado a oportunidade de ter aprendido tanto e, assim, conhecido mais sobre mim mesma durante os últimos dois anos. Obrigada por sempre ter me recebido em meio a tanto trabalho.

À Prof<sup>a</sup> Dra. **Cristiane Machado Mengatto**, por ter participado desde o início da minha formação profissional, oferecendo os meios para a construção e o aprimoramento de tudo o que eu tenho hoje: o meu conhecimento. Só tenho a agradecer por ter me entendido por tanto tempo, em momentos muito bons e em outros ruins.

Aos **professores do Programa de Pós-graduação em Odontologia da UFRGS**, agradeço por todos os ensinamentos e pela compreensão. Em especial, aos professores **Fernando Neves Hugo**, **Juliana Balbinot Hilgert** e **Roger Keller Celeste**, por terem me acolhido e proporcionado momentos de um enorme aprendizado.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, agradeço pela bolsa de mestrado, que foi fundamental para que eu pudesse dedicar o maior tempo possível à pós-graduação e à execução desse trabalho.

A todos os colegas, hoje cirurgiões-dentistas, que atuaram na execução da pesquisa que originou esse trabalho: **Rodrigo Kern**, **Alexandre da Silva Tedesco**, **Graciela Camargo**, **Evanise Berggravv**, e à aluna **Priscila Moraes Flores** pela dedicação e o suporte oferecido.

Ao professor **Rodrigo Alex Arthur**, sempre disponível para compartilhar conhecimento e enriquecer meu aprendizado. Em especial, minha gratidão pela oportunidade de ter trabalhado com a Prof<sup>a</sup> **Aline Blaya Martins**: a melhor surpresa durante o mestrado. Os poucos momentos que tivemos contato foram muito valiosos para mim, pessoalmente e profissionalmente. Obrigada pelo apoio, por ter sempre me recebido, e por ser assim, simples e grande como és.

Aos colegas de pós-graduação, **Aline Macarevich Condessa**, **Andreas Rados**, **Augusto Bidinotto**, **Caroline Stein**, **Nathália Lopes** e **Violeta Aguiar**, agradeço pelo convívio e pela valiosa troca de conhecimento, além das muitas risadas em grupo. Crazy people!

Às três pessoas que tiveram a missão de me aguentar e que ainda conseguiram me proporcionar momentos de muita alegria: **Juliana Francisco**, **Édina Vendrame** e **Manoela Seadi**. Vocês são fundamentais para mim. Obrigada pelo apoio nas horas mais difíceis.

À minha gata **Lolita** e sua filha **Abigail**: meus presentes, minhas amigas que me deram suporte emocional e tornaram a minha vida eremita mais feliz.

Por fim, obrigada a todas as **pedras do meu caminho**, onde eu parei para amolar a minha faca, e aos **amigos** que tem me acompanhado ao longo dessa trajetória.

## RESUMO

A implantação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), através do Programa Brasil Sorridente, foi um importante passo para a abordagem da necessidade crescente de reabilitação protética da população idosa brasileira. Apesar dos incentivos à expansão dos LRPDs, há uma grande parcela da população edêntula com demanda reprimida de próteses totais. Assim, a aplicação de uma técnica abreviada para a fabricação de próteses totais em quatro sessões clínicas (CD4) pode otimizar o processo de reabilitação oral nos serviços de saúde. O objetivo desse estudo foi explorar e compreender as percepções dos aspectos funcionais e psicossociais relacionados ao uso de próteses totais fabricadas pelas técnicas convencional e CD4, por meio de uma abordagem qualitativa. Para isso, foram selecionados 20 participantes entre os pacientes que procuraram atendimento para reabilitação com prótese total dupla na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Os participantes foram randomizados em dois grupos e reabilitados com próteses totais convencionais (C), de seis sessões clínicas, e CD4, de quatro sessões clínicas. Após 6 meses da instalação e uso das novas próteses, foram realizadas entrevistas individuais abertas baseadas em um roteiro semiestruturado. As entrevistas foram registradas em gravações de áudio no formato mp3 e os participantes foram identificados por códigos (P1 ao P20) para o cegamento dos avaliadores. Os áudios das entrevistas foram transcritos e importados para um software de análise qualitativa (NVivo). As transcrições foram analisadas com base nos procedimentos e critérios inspirados na Teoria Fundamentada em Dados, de acordo com Strauss e Corbin. O processo de análise iniciou pela definição de conceitos e formação de categorias, seguido do agrupamento em domínios, e determinação das interações e dimensões. Os resultados foram refinados para a identificação de uma categoria central que integrou as demais categorias. Dez categorias foram identificadas e agrupadas em dois domínios: Funcional (Mastigação, Desconforto e dor, Estabilidade e retenção das próteses, Fonética) e Psicossocial (Resiliência, Estratégias de enfrentamento (*coping*), Emoções, Autoimagem e Interação social). E, em um nível maior de abstração, a Satisfação com as próteses emergiu como fenômeno central do uso das próteses de ambas técnicas. De acordo com os resultados, os fatores psicológicos influenciaram a Satisfação com o uso de próteses totais, através da interação entre os domínios Funcional e Psicossocial mediada pela Resiliência e as Estratégias de enfrentamento. Essa interação pode ter impacto sobre a capacidade positiva de adaptação do paciente ao uso de novas próteses, independentemente da técnica de fabricação. As percepções sobre os aspectos funcionais e psicossociais dos pacientes reabilitados a partir da técnica CD4 foram similares às dos que usaram próteses convencionais após 6 meses de uso das próteses, sem desvantagens quanto à satisfação final com o tratamento reabilitador. Portanto, as próteses totais convencionais e CD4 não apresentaram diferenças funcionais e psicossociais sob a percepção dos participantes.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Prótese Dentária. Prótese Total. Idoso. Análise Qualitativa.

## ABSTRACT

The creation of Regional Laboratories of Dental Prosthesis (RLDP) through the Brazil's National Policy of Oral Health, known as "Smiling Brazil" program has been an important step to eliminate healthcare disparities and attend the high demand for prosthetic rehabilitation in Brazilian elderly population. Despite the important achievements of "Smiling Brazil" and the financial incentives for RLDP expansion, there is pent-up demand for complete dentures among the edentulous population. Thus, an abbreviated technique to fabricate complete dentures (CD4) can optimize the oral rehabilitation process. The aim of this study was to obtain in-depth understanding from the patient perspective of the functional and psychosocial aspects related to the use of conventional and CD4 dentures, by using qualitative approach. For this, twenty participants were selected among patients who sought prosthetic rehabilitation at the Faculty of Dentistry, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil. Participants were randomized into two groups and rehabilitated with complete dentures fabricated in either six (conventional technique group – C) or four clinical sessions (CD4 technique group). After six months of denture delivery, individual open interviews were conducted based on a semi-structured script previously elaborated. The interviews were recorded on MP3 format and participants were identified by codes (P1 to P20), for the evaluator blinding. The interviews were transcribed and imported into analysis software (NVivo), and the transcripts were analyzed drawing on some aspects of Grounded Theory methodology of Strauss and Corbin. The analysis process started by naming categories (open coding), followed by grouping them to determine the interactions and dimensions (axial coding). The results were integrated and refined to identify a central category, which pulled together all other categories (selective coding). The results identified ten categories that were grouped into two domains, named: functional domain (which included the following categories: chewing, discomfort and pain, denture stability and retention, phonetics) and psychosocial domain (which included the categories: resilience, coping, emotions, self-concept and social interaction). Satisfaction with the dentures has emerged as a central phenomenon on a higher level of abstraction. According to the results, the psychological factors influenced the satisfaction with the dentures, through the interaction between the functional and psychosocial domains which was mediated by the resilience and coping. This interaction can have an impact on patients' positive adaptability to new dentures. The perceptions of functional and psychosocial aspects of patients' rehabilitated by CD4 technique were similar to those of patient's who used conventional prosthesis after six months, with no disadvantages considering satisfaction with the denture treatment. Therefore, conventional and CD4 dentures did not differ considering functional and psychosocial aspects.

**Keywords:** Primary Health Care. Prosthodontics. Complete Denture. Elderly. Qualitative analysis.



## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos participantes, incluindo o número de pacientes recrutados e os motivos de exclusão durante o progresso do estudo (CONSORT) .....	56
Tabela 1 - Características gerais dos participantes do estudo .....	57
Tabela 2 - Agrupamento das categorias nos domínios Funcional e Psicossocial	58
Figura 2 - Esquema gráfico proposto para representar a sobreposição das interações entre as categorias dos domínios Funcional e Psicossocial, e a categoria central emergente .....	58

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
C	Técnica convencional
CD4	Técnica CD4 (feita em quatro sessões clínicas)
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CPO-D	Índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados (Restaurados)
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
RLDP	Regional Laboratories of Dental Prosthesis
OHIP	Oral Health Impact Profile
OHIP-Edent	Oral Health Impact Profile para pacientes edêntulos
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
SB Brasil	Saúde Bucal Brasil (levantamento epidemiológico nacional)
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	14
<b>3</b>	<b>OBJETIVO</b> .....	14
<b>4</b>	<b>MANUSCRITO</b> .....	15
	Resumo .....	15
	Introdução .....	16
	Material e métodos .....	19
	<i>Seleção dos participantes</i> .....	19
	<i>Fabricação das próteses</i> .....	19
	<i>Método qualitativo</i> .....	21
	Resultados .....	23
	<i>Domínio Funcional</i> .....	24
	<i>Domínio Psicossocial</i> .....	31
	<i>Categoria central</i> .....	39
	Discussão .....	41
	Conclusão .....	49
	Créditos .....	49
	Legendas das figuras .....	50
	Referências .....	50
	Tabelas e Figuras .....	56
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	59
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	60
	APÊNDICE – Termo de consentimento livre e esclarecido .....	64
	ANEXO – Parecer Consubstanciado do CEP .....	66

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional e suas implicações no campo da saúde configuram-se como um dos grandes desafios atuais da saúde pública (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007; MARTINS; BARRETO; PORDEUS, 2007; MATOS; COSTA-LIMA, 2007). A fim de qualificar a atenção e o tratamento odontológico para a população idosa em crescimento (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007), os profissionais devem estar alertas para essa transição demográfica (IBGE, 2013), ampliando estudos e pesquisas nessa temática. O levantamento epidemiológico realizado pelo Projeto Saúde Bucal Brasil (SB Brasil) de 2003 (BRASIL, 2005), que traçou um dos mais completos diagnósticos da saúde bucal dos brasileiros, mostrou, para o grupo etário de 65 a 74 anos uma média nacional de 27,93 dentes cariados, perdidos ou obturados (índice CPO-D) por indivíduo, com predomínio do componente “perdido” (92,16%) na composição porcentual; indicando uma alta prevalência de edentulismo em indivíduos desta faixa etária (BRASIL, 2005). Quanto à necessidade de uso de prótese, 24% dos idosos apresentavam necessidade de prótese total em apenas uma arcada dentária e 16% tinham necessidade de reabilitação com prótese total dupla (BRASIL, 2005). Esses dados refletem a natureza e a extensão dos tratamentos preventivos, curativos e restauradores requeridos pela população brasileira, uma vez que o edentulismo não se trata de uma doença e sim de um agravo à saúde. (BARBATO et al., 2007)

Até o ano de 2003, o Brasil não apresentava nenhuma política de saúde pública que contemplasse a reabilitação protética. Porém, em 2004, considerando-se o dever de garantir acesso integral às ações de saúde bucal, o Ministério da Saúde lançou, juntamente com a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (BRASIL, 2004a; PUCCA JR, 2006), o Programa Brasil Sorridente como uma estratégia para promover a consolidação da atenção em saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de investimentos para expansão das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família e implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) (BRASIL, 2004b; BRASIL 2004c; PUCCA JR, 2006).

Com a realização do levantamento do Projeto SB Brasil de 2010, foi demonstrada uma melhora das condições de saúde bucal da população adulta quanto à demanda por próteses dentárias (BRASIL, 2011a). No entanto, o quadro de saúde da população na faixa etária de 65 a 74 anos mudou pouco desde a pesquisa anterior realizada em 2003. O CPO-D médio apresentado pelos idosos brasileiros foi de 27,1, a prevalência de edentulismo foi de 53,7%, e houve uma redução de aproximadamente 1% em necessidade de reabilitação com prótese total (22,9% de necessidade de prótese total em apenas uma arcada dentária e 15,4% de necessidade de prótese total dupla) (BRASIL, 2011a).

Nos últimos anos, a PNSB buscou a expansão do credenciamento dos LRPDs (BRASIL, 2011b) e a inclusão de procedimentos destinados à fase clínica da confecção das próteses sob competência do cirurgião-dentista da atenção básica. Em 2005, existiam 36 LRPDs no Brasil; no ano de 2010, esse número passou para 664 laboratórios; e até o início de 2015, 2.035 LRPDs em funcionamento atenderam 1.419 municípios em todo território nacional, com produção anual de 406.954 próteses totais (DATASUS, 2015). A região brasileira com maior oferta de próteses totais em 2014 foi a Nordeste, totalizando 160.192 instalações (DATASUS, 2015). O Piauí foi o estado que produziu a maior parte das próteses totais apresentadas nessa região (24.740) (DATASUS, 2015). A região Sul, foi classificada como a terceira maior produção de próteses totais em 2014 (61.248) (DATASUS, 2015). O Rio Grande do Sul foi responsável por aproximadamente 1/6 (10.614) da produção total da região Sul (61.248) e desta parcela, Porto Alegre contribuiu com 4,8% no mesmo ano, oferecendo 512 próteses totais (DATASUS, 2015).

Apesar dos incentivos à expansão dos pontos de atenção em saúde bucal destinados à reabilitação protética, há ainda uma grande parcela da população edêntula com demanda reprimida por próteses totais. Há aproximadamente 10 anos, a literatura tem discutido a aplicação de diferentes técnicas com o intuito de simplificar a fabricação das próteses totais (DUNCAN; TAYLOR, 2004; KAWAY et al., 2005; OWEN, 2006; CARLSSON, 2010; REGIS et al., 2013), otimizando os procedimentos clínicos e laboratoriais, e reduzindo o número de etapas de seis sessões clínicas: 1) impressão inicial com alginato

e moldeiras de estoque; 2) impressão final com moldeira individual, vedamento periférico e pasta zincoenólica; 3) relacionamento maxilo-mandibular e tomada do arco facial; 4) prova dos dentes anteriores e posteriores; 5) instalação e ajustes; 6) proervação e ajustes (IVANHOE; CIBIRKA; PARR, 2002; TELLES, 2009), para a execução em cinco sessões clínicas: 1) impressão única com alginato em moldeira de estoque; 2) relacionamento maxilo-mandibular sem tomada de arco facial; 3) prova dos dentes anteriores e posteriores; 4) instalação e ajustes; 5) proervação e ajustes (KAWAY et al., 2005; OWEN, 2006; REGIS et al., 2013). Neste contexto, um método mais dinâmico foi descrito recentemente, e propõe a reabilitação com próteses totais em quatro sessões clínicas, conhecido como técnica CD4 (OWEN; MACENTEE, 2013; MENGATTO et al., 2015). A técnica CD4 engloba a instalação das próteses em três sessões clínicas, havendo mais uma sessão para proervação: 1) impressão única com alginato em moldeira de estoque; 2) relacionamento maxilo-mandibular sem tomada de arco facial e com a prova dos dentes anteriores montados segundo referência anatômicas; 3) instalação das próteses e ajustes; 4) proervação e ajustes. No entanto, ainda não foram feitos estudos para avaliar a viabilidade do uso da técnica CD4 como alternativa para a fabricação de próteses totais.

Tendo em vista a necessidade de ampliação e a qualificação do acesso à reabilitação protética em saúde bucal, seria possível considerar uma sistemática mais simples para a confecção de próteses totais, que otimizasse o processo de reabilitação no serviço público, auxiliando a abordagem da demanda reprimida da população por próteses totais. Registros de Belo Horizonte/ MG, e Maringá/ PR, no Brasil, relataram a aplicação de um protocolo simplificado de cinco sessões, incluindo uma consulta de proervação, para a confecção de próteses totais (GIRUNDI et al., 2013; REZENDE et al., 2011). Os resultados observados no município de Maringá, relatados por Rezende et al. (2011), mostram que 74% dos pacientes reabilitados no sistema público não compareciam às consultas posteriores à instalação das próteses para acompanhamento, gerando dúvidas a respeito da aceitação ou da desistência do tratamento (REZENDE et al., 2011). Além disso, é relatado que os pacientes insatisfeitos com as próteses recebidas no serviço reinscrevem-se no programa

para a confecção de novas próteses (REZENDE et al., 2011). Segundo os autores, tal fato resulta em prejuízo tanto para outros pacientes que aguardam por vagas, quanto para os gestores que empregam recursos públicos em tratamentos que não tiveram aceitação pelo paciente, pois não se conhece quais foram os motivos que prejudicaram o sucesso da reabilitação; se foram os aspectos relacionados à qualidade técnica da prótese, ou às questões vinculadas à autopercepção do paciente, como a dificuldade para a adaptação ou a motivação (REZENDE et al., 2011). Dessa forma, entende-se que, para poder adotar uma sistemática simplificada com segurança como um possível protocolo de tratamento ao paciente edêntulo, faz-se necessário obter uma compreensão global do uso destas próteses e investigar se tal alternativa de reabilitação traz algum prejuízo ou desvantagem ao usuário, quando comparada com as sistemáticas usualmente empregadas para a confecção de próteses totais, e se possui a mesma capacidade de corresponder às necessidades dos pacientes quanto aos aspectos relacionados ao uso, satisfação e aceitação de suas próteses.

Tradicionalmente, o emprego de técnicas protéticas de maior complexidade e que incluíam maior número de procedimentos clínicos foi considerado suficiente para o sucesso de um tratamento protético, sem haver evidências científicas suficientes que comprovassem sua superioridade clínica. (IVANHOE; CIBIRKA; PARR, 2002; TELLES, 2009) Atualmente tem sido questionado se a execução do protocolo convencional de fabricação de próteses totais corresponde à satisfação positiva do paciente com suas novas próteses (ELLIS; PELEKIS; THOMASON, 2007), já que outros fatores de ordem subjetiva podem estar envolvidos no resultado final e aceitação da prótese pelo paciente (ALLEN; McMILLAN, 2003; ELLIS; PELEKIS; THOMASON, 2007). Embora a maioria dos estudos que avaliaram o estado de saúde bucal de indivíduos seja baseada em indicadores clínicos, existe um crescente reconhecimento de que as desordens bucais podem ter impacto significativo no bem estar físico e psicossocial, de modo que as medidas baseadas na percepção do paciente podem ser mais sensíveis para a construção de sentidos norteadores de ações em saúde bucal (GOIATO et al., 2012). Desde então, alguns autores apontam fracas correlações entre a

qualidade das próteses e a satisfação do paciente, despertando um crescente interesse na investigação de fatores subjetivos ligados ao paciente (ELLIS; PELEKIS; THOMASON, 2007; GOIATO et al., 2012), que tornam a reabilitação protética mais complexa do que se havia pensado. Assim, o resultado de um tratamento protético-reabilitador para a população não pode ser definido por critérios apenas objetivos e funcionais (ELLIS; PELEKIS; THOMASON, 2007).

Vários instrumentos têm sido propostos para avaliar o impacto de indicadores subjetivos relacionados ao uso de próteses (dor, estética, alimentação, fala, desconforto psicológico e social) sobre a maneira como os pacientes percebem sua qualidade de vida e bem estar (GOIATO et al., 2012). Um destes instrumentos é o OHIP-Edent, uma versão do *Oral Health Impact Profile* (SLADE; SPENCER, 1994) específica para pacientes edêntulos (ALLEN; LOCKER, 2002; SOUZA et al., 2007; 2010). A literatura também descreve a aplicação de questionários para avaliação da habilidade mastigatória (ENGLISH; BUSCHANG; THROCKMORTON, 2002), para quantificação do grau de satisfação com as próteses (SOUZA, 2007; 2012), e escalas de avaliação da satisfação com as próteses (ELLIS; PELEKIS; THOMASON, 2007). Mesmo que exista diferença no nível de complexidade entre esses instrumentos, todos buscam, ainda, quantificar o que é subjetivo. Ou seja, dados quantitativos são representações numéricas que podem refletir um retrato restritivo e reducionista do paciente, e que limitam o alcance e o entendimento de situações complexas, como, por exemplo, o comportamento adaptativo e seus significados (BRONDANI; MACENTEE, 2007). Logo, saber como os pacientes se sentem é mais importante que o modo como os profissionais pensam que eles devem se sentir. Nesse contexto, estudos qualitativos têm sido realizados para melhor compreender os aspectos que envolvem a autopercepção (BRONDANI; MACENTEE, 2007; TURATO, 2005), buscando visualizar e compreender os fatores associados a diversas versões da realidade sob a perspectiva do paciente. Assim, um dado fenômeno pode ser melhor compreendido ao analisar o paciente de maneira integrada, pois a realidade e o sujeito são elementos indissociáveis, partindo de questões amplas que vão se aclarando no decorrer da investigação (BOWER; SCAMBLER, 2007; STEWART et al., 2008; TURATO, 2005). Quando se trata



do paciente como sujeito, levam-se em consideração seus traços subjetivos e suas particularidades, que, portanto, não podem ser traduzidos em números quantificáveis.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Para permitir o cuidado aos pacientes edêntulos é importante que o profissional os enxergue de maneira integral, compreendendo de uma forma ampla os aspectos funcionais e psicossociais de saúde oral que envolvem o uso de próteses totais. Além disso, a utilização de uma técnica de fabricação de próteses totais que otimize o processo de trabalho, como a técnica CD4, pode facilitar os procedimentos clínicos e laboratoriais. No entanto, há ainda poucas evidências sobre essa nova proposta reabilitadora que envolve a fabricação de próteses totais em quatro sessões clínicas. Logo, torna-se fundamental a compreensão aprofundada dos benefícios e das fragilidades das duas técnicas (convencional e CD4) quanto aos aspectos funcionais e psicossociais sob a perspectiva dos pacientes, a fim de poder contribuir com a qualidade dos serviços prestados à população.

## **3 OBJETIVO**

O objetivo deste estudo foi explorar as percepções dos pacientes e compreender de maneira aprofundada os aspectos funcionais e psicossociais relacionados ao uso de próteses totais fabricadas pelas técnicas convencional (C) e CD4, por meio de abordagem qualitativa.

## 4 MANUSCRITO\*

### **Fatores funcionais e psicossociais relacionados ao uso de próteses totais fabricadas em seis ou quatro sessões clínicas: um estudo qualitativo**

Charlene da Silveira Dalberto, DDS <sup>1</sup>

Cristiane Machado Mengatto, DDS, MsC, PhD <sup>2</sup>

Dalva Maria Pereira Padilha, DDS, MsC, PhD <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Ramiro Barcelos, 2492, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>2</sup> Departamento de Odontologia Conservadora, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Ramiro Barcelos, 2492, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>3</sup> Centro de Pesquisas em Odontologia Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Ramiro Barcelos, 2492, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

## **RESUMO**

O objetivo desse estudo foi explorar e compreender em profundidade as percepções dos pacientes sobre fatores os funcionais e psicossociais relacionados ao uso de próteses totais fabricadas em seis (convencional) ou quatro (CD4) sessões clínicas, através de uma abordagem qualitativa. Para isso, vinte participantes foram selecionados, randomizados em dois grupos e reabilitados com próteses totais fabricadas pelas técnicas convencional (C) e

---

\* O manuscrito apresentado foi formatado de acordo com as normas de submissão ao The International Journal of Prosthodontics.

CD4. Após seis meses de uso das novas próteses, as informações foram coletadas por meio de entrevistas individuais abertas baseadas em um roteiro semiestruturado. Os áudios das entrevistas foram transcritos e importados para um software de análise qualitativa (NVivo), e foram analisados com base na Teoria Fundamentada em Dados, descrita por Strauss e Corbin. A análise foi feita de maneira cega quanto aos grupos que representavam cada técnica de fabricação das próteses. Dez categorias foram identificadas e posteriormente agrupadas em dois domínios: Funcional (que incluiu as categorias Mastigação, Desconforto e dor, Estabilidade e retenção das próteses, Fonética) e Psicossocial (que incluiu as categorias Resiliência, Estratégias de enfrentamento (*coping*), Emoções, Autoimagem e Interação social). Em um nível maior de abstração, a satisfação com as próteses emergiu como categoria central. De acordo com os resultados, foi possível perceber que os fatores psicológicos influenciaram a satisfação com o uso de próteses totais, independente das técnicas aplicadas para sua fabricação, através da interação entre os domínios Funcional e Psicossocial mediada pela Resiliência e as Estratégias de enfrentamento. Essa interação pode ter impacto sobre a capacidade de adaptação positiva ao uso de novas próteses. Concluiu-se que os pacientes reabilitados a partir da técnica CD4 tiveram percepções sobre os aspectos funcionais e psicossociais similares às dos que usaram próteses convencionais após 6 meses, sem desvantagens quanto à satisfação do paciente com o tratamento protético.

**Palavras-chave:** Prótese Total. Mastigação. Impacto Psicossocial. Satisfação do Paciente. Análise Qualitativa.

## INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa configura um desafio para a saúde pública<sup>1,2</sup> quanto à promoção de cuidados e redução dos impactos das doenças bucais na qualidade de vida dos idosos.<sup>2</sup> A perda total dos dentes caracteriza o edentulismo,<sup>3</sup> e está relacionada com a diminuição das capacidades funcionais de mastigação e fonação, perda do tônus muscular, deficiências nutricionais, modificação do perfil facial e estética, podendo trazer

efeitos psicológicos desfavoráveis aos pacientes ao interferir na autoestima ou trazer dificuldades para o convívio social.<sup>3,4</sup> Neste contexto, entende-se que os impactos negativos da perda dentária à saúde, em especial aos idosos edêntulos, possam ser minimizados pela reabilitação com próteses totais.<sup>5-7</sup>

A necessidade crescente de reabilitação com próteses totais tende a permanecer por muito tempo.<sup>1</sup> Além de serem economicamente mais acessíveis, as próteses totais são esteticamente aceitáveis e o desempenho funcional pode ser estabelecido em um período curto de tempo.<sup>8</sup> As técnicas convencionais para a fabricação de próteses totais empregam um mínimo de seis sessões clínicas, e fazem parte do protocolo acadêmico tradicional.<sup>9,10</sup> No entanto, técnicas simplificadas para a confecção de próteses totais têm sido descritas pela literatura como alternativa de menor custo, e otimização operacional ao reduzir o número de consultas e de procedimentos clínicos e laboratoriais, sem alterar os princípios funcionais da prótese.<sup>1</sup> Embora a literatura mencione o termo “simplificada” para definir a redução de etapas e procedimentos para a confecção de próteses totais, a execução adequada dos procedimentos utilizados nos métodos “simplificados” é tão crítica quanto aos do método convencional e, para se obter próteses totais de alta qualidade, ambos métodos devem ser seguidos com rigor técnico por profissionais qualificados e treinados.<sup>9</sup>

A técnica convencional de se fabricar próteses totais usualmente engloba seis sessões clínicas: 1) impressão inicial com alginato e moldeiras de estoque; 2) impressão final com moldeira individual, vedamento periférico e pasta zincoenólica; 3) relacionamento maxilo-mandibular e tomada do arco facial; 4) prova dos dentes anteriores e posteriores; 5) instalação e ajustes; 6) preservação e ajustes.<sup>10</sup> Há aproximadamente 10 anos, o conceito de técnica mínima apropriada ("appropriatech") foi discutido entre experts de prótese e prioriza a aplicação de um protocolo mínimo aceitável para a fabricação de próteses totais.<sup>11</sup> A partir de então, foram descritas diferentes maneiras de simplificar o protocolo convencional.<sup>5,8,11,12</sup> De modo geral, as técnicas simplificadas descritas na literatura contam com um mínimo de cinco sessões clínicas incluindo uma sessão de preservação e ajuste das próteses instaladas.<sup>5,8,9,12</sup> No entanto, uma técnica mais otimizada, chamada CD4

(Complete Denture 4), foi recentemente descrita e propõe a instalação das próteses em três sessões clínicas, havendo mais uma sessão para proervação: 1) impressão única com alginato em moldeira de estoque; 2) relacionamento maxilo-mandibular sem tomada de arco facial e com a prova dos dentes anteriores montados segundo referência anatômicas; 3) instalação das próteses e ajustes; 4) proervação e ajustes.<sup>13,14</sup> Estudos que investigaram a aplicação de métodos simplificados para a fabricação de próteses totais mostram que a redução de etapas clínicas e laboratoriais não prejudica a qualidade técnica da prótese,<sup>5,12</sup> sendo igualmente capaz de restaurar a função mastigatória,<sup>13,15</sup> a satisfação com as próteses<sup>5,8</sup> e a qualidade de vida dos pacientes<sup>8</sup> em um nível comparável ao obtido com o uso de próteses convencionais, após seis meses de uso. No entanto, a utilização com segurança de técnicas otimizadas como a CD4 na fabricação de próteses totais no serviço odontológico demanda uma investigação mais profunda quanto aos aspectos funcionais e psicossociais relacionados ao uso dessas próteses.

Nos últimos anos tem aumentado o número de pesquisas qualitativas para o entendimento de uma variedade de questões que são de interesse e importância para odontologia.<sup>16,17</sup> Esse tipo de pesquisa pode ser empregado para melhor compreender os aspectos que envolvem a autopercepção,<sup>18</sup> buscando explorar com maior detalhamento as dimensões de um fenômeno sob a perspectiva de cada paciente.<sup>16-18</sup> Assim, questões complexas como o comportamento adaptativo e seus significados<sup>18</sup> podem ser elucidadas ao analisar o paciente de maneira integrada, levando em consideração seus traços subjetivos e suas particularidades.<sup>16-18</sup> Nesse contexto, os estudos qualitativos podem contribuir significativamente para complementar os achados de pesquisas quantitativas.<sup>16,17</sup> Assim, o objetivo desse estudo clínico foi explorar e compreender em profundidade as percepções dos pacientes sobre fatores funcionais e psicossociais relacionados ao uso de próteses totais fabricadas em seis (convencional) ou quatro (CD4) sessões clínicas, através de uma abordagem qualitativa.

## MATERIAL E MÉTODOS

### *Seleção dos participantes*

Esse estudo é parte de um ensaio clínico randomizado, controlado, de delineamento em paralelo, longitudinal, que acompanhou 20 pacientes edêntulos<sup>13</sup> selecionados entre aqueles que procuraram tratamento de prótese total na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.<sup>13</sup> Para serem eleitos, os participantes deveriam ser totalmente edêntulos, ter mais de 55 anos de idade e, diariamente, fazer uso de próteses totais duplas por um período mínimo de um ano.<sup>13</sup> Após a seleção inicial, todos os participantes passam por uma entrevista dialogada e exame clínico. O exame clínico incluiu a avaliação de tecidos moles e estruturas adjacentes, a medição do fluxo salivar não estimulado, avaliação cognitiva e do nível de depressão por meio do questionário validado “*Beck Depression Inventory*”.<sup>13</sup> Além disso, foi feita a análise de radiografia panorâmica para observação de possíveis patologias e determinação do nível de reabsorção óssea mandibular.

Foram critérios de exclusão: a) presença de dor orofacial e/ou disfunção temporomandibular; b) uso de medicamentos com ação no sistema nervoso central ou musculatura (L-dopa, neurolépticos ou relaxantes musculares); c) consumo de bebidas alcoólicas por mais de 3 vezes na semana; d) tratamento radioterápico ou quimioterapia, ou com diagnóstico recente de tumores malignos; e) necessidade de extração de raízes residuais; f) depressão moderada ou grave; g) dificuldades motoras, neurológicas ou psiquiátricas, espasmo hemifacial, doença de Parkinson, discinesia induzida por neurolépticos ou acidente vascular cerebral (AVC); h) fluxo salivar não estimulado menor que 0,1ml/min.<sup>13</sup> Todos os participantes do estudo receberam informação verbal e escrita detalhada sobre o estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição (SISNEP # 0549512200005347).

### *Fabricação das próteses*

Os participantes do estudo foram reabilitados com novos pares de próteses totais fabricadas pelo método convencional, realizado em 6 sessões

clínicas (5 sessões de confecção das próteses e mais, no mínimo, uma sessão de proervação),<sup>10</sup> ou pela técnica CD4, realizada em 4 sessões (3 sessões para a confecção das próteses e mais, no mínimo, uma sessão de proervação).<sup>13,14</sup> Para a fabricação das próteses convencionais foram seguidos os seguintes passos: impressão inicial com hidrocolóide irreversível (Jeltrate, Dentsply Ind. Com. Ltd., Petrópolis, RJ, Brasil); vedamento periférico com godiva em bastão de baixa fusão (Godibar, Lysanda Produtos Odontológicos, São Paulo, SP, Brasil) e impressão final com pasta zincoenólica (Pasta Zinco-Enólica, Technew, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) em moldeira individual de resina acrílica autopolimerizável (Vipi Flash, Vipi Produtos Odontológicos, Pirassununga, SP, Brasil); ajuste dos roletes de cera superior e inferior (Cera Rosa nº 7, Kota Industry and Commerce Ltd., São Paulo, SP, Brasil), tomada do arco facial e montagem em articulador semiajustável (Bio Art 4000, Bio-Art Equipamentos Odontológicos Ltda., São Carlos, SP, Brasil); prova dos dentes (Biotone, Dentsply Industria e Comércio Ltda., Petrópolis, RJ, Brasil); instalação das próteses e uma sessão de proervação.<sup>10</sup> A fabricação das próteses totais pela técnica CD4 compreendeu a impressão com hidrocolóide irreversível (Jeltrate, Dentsply Ind. Com. Ltd., Petrópolis, RJ, Brasil); prova dos dentes ântero-superiores (Biotone, Dentsply Industria e Comércio Ltda., Petrópolis, RJ, Brasil) juntamente com o relacionamento maxilo-mandibular e montagem em articulador semiajustável (Bio Art 4000, Bio-Art Equipamentos Odontológicos Ltda., São Carlos, SP, Brasil) sem transferência de arco facial, com a inclinação do rolete superior de 15 graus; instalação das próteses e uma sessão de avaliação e ajuste.<sup>14</sup> Os dois métodos permitiram a montagem dos dentes em oclusão balanceada bilateral. As próteses foram polimerizadas através de energia de microondas (Eletrolux, 22 litros, 127V, 950W, Manaus, Brasil), utilizando resina acrílica termopolimerizável (Onda-Cryl, Clássico, Campo Lindo Paulista, SP, Brasil), segundo instruções do fabricante.

Assim, dez participantes usaram próteses totais fabricadas a partir de cada técnica, compondo os grupos C e CD4. Após a instalação, além da sessão de proervação prevista para cada grupo (após 7 dias de uso), os participantes tiveram liberdade para agendar visitas adicionais de

acompanhamento até que as próteses estivessem confortáveis para o uso. No entanto, nenhum paciente necessitou mais que duas consultas para o ajuste das próteses. Após 6 meses de uso das novas próteses, os participantes foram entrevistados seguindo uma abordagem qualitativa descrita a seguir.

### *Método qualitativo*

Este estudo seguiu procedimentos e critérios inspirados na Teoria Fundamentada em Dados (*Grounded Theory*), proposta por Strauss e Corbin.<sup>19</sup> Essa abordagem metodológica de natureza exploratória e interpretativa visa ao desenvolvimento de uma teoria baseada na definição de conceitos, categorias e suas relações. Assim, a pesquisa não iniciou com uma teoria para ser investigada, e sim, com uma área de estudo para permitir a emergência do que foi relevante para os pacientes.<sup>19</sup>

A coleta das informações do presente estudo foi feita por meio de entrevistas individuais abertas realizadas após 6 meses de uso das próteses, com a utilização de um roteiro semiestruturado de perguntas abertas, como um instrumento flexível para orientar a condução dos assuntos propostos ou emergentes e permitir a fala livre dos participantes. As temáticas do roteiro foram baseadas nas perspectivas abordadas em perguntas de questionários pré-existentes<sup>20,21</sup> sobre avaliação subjetiva da mastigação,<sup>22</sup> satisfação com o uso das próteses<sup>6,23</sup> e impacto de saúde oral na qualidade de vida.<sup>23</sup> Este último, o OHIP-Edent, tradicionalmente é organizado em sete subtemas: limitação funcional, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e dificuldades.<sup>24</sup> A partir de notas reflexivas e memorandos, os temas emergentes das primeiras entrevistas passaram por uma avaliação e foram usados para refinar os temas do roteiro para as entrevistas subsequentes.<sup>21</sup> Todos os participantes receberam explicações e orientação verbalmente antes do início da entrevista, conforme constava no roteiro elaborado, sobre a importância de relatarem de forma livre suas ideias, sentimentos e percepções relacionadas ao uso das próteses totais.<sup>20,21</sup> As entrevistas foram realizadas em uma única sessão por um pesquisador treinado, e registradas em gravações de áudio no formato mp3. Os participantes foram identificados por códigos (P1 ao P20), revelados aos



avaliadores somente no final da análise dos dados. Posteriormente, os áudios das entrevistas foram transcritos, organizados, e importados para um software de análise qualitativa (NVivo, QSR International Ltd., Melbourne, Victoria, Australia) estabelecendo a divisão em dois grupos, com a permanência do cegamento do avaliador para o tipo de prótese que classificou cada grupo.

As informações coletadas foram analisadas a partir da leitura de cada entrevista, identificando os temas definidos a priori e que serviram de guia para a entrevista semiestruturada.<sup>20</sup> Os temas emergentes, não incluídos no roteiro prévio de entrevista, foram identificados nos relatos dos participantes e conceituados de acordo com as suas propriedades.<sup>19</sup> Assim, a *codificação aberta* foi o passo inicial e envolveu a quebra, a comparação, a conceitualização e a rotulação das informações.<sup>19</sup> Os eventos com a mesma temática foram então codificados com os mesmos conceitos, definidos com base em expressões, extraídos do discurso dos participantes, e agrupados para formar categorias.<sup>20</sup> Com a obtenção de diversos códigos durante a análise foi necessário comparar e categorizar novamente, concentrando em torno dos conceitos com saturação das informações, relatados por um maior número de participantes. Assim, foi feito o reagrupamento das informações que foram divididas no início da análise, quando as categorias e subcategorias foram integradas de acordo com suas propriedades e dimensões para gerar explicações mais precisas sobre os fenômenos relacionados ao uso das próteses. Esse procedimento, denominado *codificação axial*,<sup>19</sup> não foi um passo sequencial após a codificação aberta, pois as categorias foram constantemente verificadas e reorganizadas. Ao explorar a forma como as categorias se relacionaram umas com as outras, um agrupamento mais amplo entre elas determinou os domínios. Com o processo contínuo de integração e o refinamento das categorias em um nível maior de abstração, a categoria central foi definida. Assim, a categoria central emergiu dos dados, integrando as demais categorias e expressou a essência do processo reabilitador estudado para ambas as técnicas. Essa etapa da análise dos dados consistiu na *codificação seletiva*<sup>19</sup> e sintetizou o esquema teórico dominante. Com base em memorandos e diagramas desenvolvidos durante a análise dos dados, como representação do pensamento abstrato sobre as informações estudadas e as

relações entre os conceitos,<sup>19,21</sup> foi elaborado um esquema principal que representou a estrutura dos domínios, a interação entre eles e a categoria central. Assim, a teoria foi gerada com base nos dados explorados, definindo o processo de reabilitação com próteses totais fabricadas pelas técnicas convencional e CD4, a partir das experiências relatadas pelos participantes do estudo. As entrevistas e a análise dos dados foram revisadas por dois supervisores com experiência em pesquisa qualitativa e conhecimento sobre próteses totais.

## RESULTADOS

Quarenta e oito pacientes edêntulos que procuraram tratamento na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul foram recrutados para participarem do estudo. Entre esses, 20 pacientes foram selecionados e randomizados em dois grupos de 10 integrantes, que receberam novos pares de próteses totais confeccionados pela técnica convencional ou técnica CD4 (Figura 1).<sup>13</sup> Um dos participantes do grupo CD4 foi excluído da análise por sofrer infarto cardíaco após dois meses de estudo. A média de idade foi  $68,3 \pm 7,0$  anos para o grupo C e  $67,8 \pm 8,0$  anos para o grupo CD4. A classificação do nível de reabsorção óssea mandibular de todos os participantes foi moderado ou severo, caracterizando o grau de complexidade das reabilitações. Outras características gerais dos participantes do estudo estão presentes na Tabela 1.

As entrevistas feitas com cada participante após 6 meses, a partir da instalação das próteses, tiveram uma média de duração de 40 minutos. A análise multidimensional dos fenômenos e os diferentes significados da experiência reabilitadora proposta iniciou com a exploração das transcrições das entrevistas. Os conceitos foram identificados entre os dois grupos e posteriormente configuraram as categorias e domínios estudados. Foram identificadas dez categorias, assim nomeadas: Mastigação, Desconforto e dor, Estabilidade e retenção das próteses, Fonética, Resiliência, Estratégias de enfrentamento (*coping*), Emoções, Autoimagem e Interação social. Com o refinamento e a integração das categorias os domínios Funcional e

Psicossocial foram definidos e ordenaram os elementos que os configuraram, como representado na Tabela 2. Em um nível maior de abstração, a Satisfação com as próteses emergiu como categoria central, tornando explícita a experiência vivenciada pelos entrevistados com as próteses de ambas as técnicas estudadas.

### **Domínio Funcional**

O domínio Funcional correspondeu ao agrupamento sistematizado das categorias conceituadas quanto ao desempenho de algumas funções orais pelos participantes, tais como a Mastigação, o Desconforto e dor, a Estabilidade e retenção das próteses e a Fonética.

#### *Mastigação*

No domínio Funcional, a categoria Mastigação contemplou conceitos de facilidade e dificuldade para mastigar. Esses conceitos representaram a capacidade de mastigar ou a eficiência com que tal função foi desempenhada. Comumente, os participantes reportaram a capacidade de triturar alimentos duros ou fibrosos como parâmetro para julgarem a facilidade ou a dificuldade de mastigação com as próteses. Todos os participantes do estudo perceberam maior facilidade para mastigar após 6 meses da reabilitação protética, independente da técnica empregada na fabricação das próteses.

*“Ah, eu notei diferença, que hoje eu mastigo coisas que eu não mastigava. Carne, eu não podia comer porque eu não mastigava direito. [...] Ainda não mordo uma pera, maçã, mas já como pedaços maiores do que eu comia. [...] Antes eu comia porque eu tinha que comer; e hoje eu como porque eu gosto.” (K3 – grupo C)*

*“Como uma espiguinha de milho que não é muito velha. Sempre gostei. [...] Só misturava e engolia. Hoje não, hoje eu mastigo, tenho sabor na boca, da comida que eu como. [...] Tem aquele probleminha da maçã, mas já não é assim como era. [...] Como um pedaço de churrasco hoje, coisa que eu não comia.” (L9 – grupo C)*

*“Agora eu posso comer de tudo, amendoim, nozes. [...] Eu consegui comer até milho verde na espiga. Pedacos de carne, eu corto, mas a carne do ossinho, consigo comer. [...] Eu posso dizer que essas próteses são como meus dentes naturais.” (W3 – grupo CD4)*

*“Eu como as frutas que eu não conseguia comer: a maçã, como eu te falei. [...] Já como até milho cru. Hoje eu tô muito feliz. A carne eu consigo; antes eu chorava, não conseguia comer a carne. Agora hoje eu posso comer até um churrasco, posso sentar em um restaurante. Que legal! [...] Tudo consegui. Desde as nozes, aquela que é durinha sabe? Canjica, milho!” (Q3 – grupo CD4)*

Embora tenha sido relatada a melhora no desempenho da função mastigatória após a reabilitação protética, alguns participantes de ambos os grupos consideraram que certos alimentos, como a carne de gado, o amendoim, a maçã inteira e o milho na espiga, foram difíceis de mastigar, e que as próteses novas mantinham uma capacidade reduzida de trituração frente a alimentos duros, similar a sua reabilitação anterior. Essa percepção de ter facilidade para mastigar alguns alimentos ao mesmo tempo de ter dificuldade para alimentos mais consistentes foi notada por alguns participantes do grupo C e CD4.

*“Não consigo mastigar assim uma cenoura, maçã inteira, as coisas duras, a rapadura, o amendoim, o resto é tudo normal. [...] A carne, se ela for cozida ou fritinha, que ficam aquelas partes duras, eu tenho que desistir porque realmente não dá. [...] Antes eu já não conseguia esse negócio de pegar o milho e comer na espiga.” (S9 – grupo C)*

*“A carne quando está dura, dou para o cachorro. [...] Milho verde, é mais difícil de comer. Na espiga não dá. [...] Só não consigo puxar os dentes pra frente pra mastigar, como deve ser, né. [...] A maçã que eu gosto de comer, eu queria morder assim, e não consigo. Eu até tentei.” (T8 – grupo C)*

*“A maçã, ainda tenho dificuldade em morder. Carne dura eu não consegui comer normalmente. Tentei comer, mas tive que cortar pequeno para*

*não precisar mastigar. [...] Carne dura, não dá. Feijão, arroz, massa, é normal.”*  
(V4 – grupo CD4)

*“Um pouquinho (de dificuldade), né... nozes... Digamos assim, amendoim. Amendoim, eu não consigo. Amendoim torrado, é duro, né. [...] Milho na espiga, tentei. Mas é meio difícil, no caso. Tem que cortar, né.”* (B7 – grupo CD4)

#### *Desconforto e dor*

O desempenho funcional nos primeiros dias ou semanas após a instalação das novas próteses, independente do grupo, causou a sensação de estranhamento para todos os participantes, relatada como desconforto ou incômodo. Também houve a percepção de pontos dolorosos na mucosa sob as próteses, acompanhados de lesões traumáticas formadas, frequentemente associados à mastigação.

*“Porque ali no início a gente acha desconfortável, dá vontade de até tirar fora. [...] Parecia que tava estorvando, incomodando aquilo ali. [...] No início é que doía, pisava. Logo na hora que eu tava mastigando.”* (J6 – grupo C)

*“Eu não podia mastigar porque ela (a prótese) me doía. A de cima nunca me doeu e essa (a prótese inferior) me machucou muito [...] Ela cortava a gengiva, do lado da gengiva, né? E eu vinha aqui e o senhor arrumava ela, passava na... [...] Foi só no começo. Só no começo, até acertar.”* (S9 – grupo C)

*“No começo eu sentia muita dor, foi horrível após a instalação da prótese nova. [...] Qualquer coisa que eu tentava comer me machucava. Lembro de uma vez que fui jantar fora e não consegui comer uma torrada. Tive que largar. Quase chorei. Isso foi porque havia recém colocado as próteses.”* (D2 – grupo CD4)

*“No começo foi estranho, mas depois me acostumei. Realmente, hoje não tenho dor, mas tive dores que deixavam muito difícil a mastigação. Dores*

*do assentamento da prótese. [...] Só senti no início. Mais na parte inferior. Isso foi só até eu me acostumar com as próteses novas.” (V4 – grupo CD4)*

Embora os participantes pudessem agendar livremente consultas adicionais para ajustes das próteses novas até que estivessem confortáveis para seu uso, nenhum participante necessitou de mais de uma ou duas sessões de proervação e ajustes. Após o período inicial de instalação, com a realização dos ajustes das próteses todos os participantes relataram a cessação do desconforto, dor ou presença de lesões na mucosa oral.

*“Confortáveis. Quando eu tô mastigando, quando eu tô conversando, elas (as próteses) não me doem nada, nada, nada. [...] Eu posso falar comendo, às vezes eu tô sentada na mesa e respondo as coisas, eu posso responder.” (S9 – grupo C)*

*“Não sinto desconforto com as próteses. Quando eu falo, quando mastigo também. [...] Elas não me apertam nem me pisam. Com minha antiga doía mais e por mais tempo. Mas essa ela não me incomodou de verdade, a de baixo não incomodou nada.” (T8 – grupo C)*

*“Agora não dói, então, eu consigo mastigar. [...] Antes me machucava, apertava demais no canto, né? Aí, machucava a gengiva, agora não. [...] Eu não tenho desconforto nenhum. Tá firme, não machuca.” (A9 – grupo CD4)*

*“Não tenho dor, não tenho nada, nada, nada de ferimento. [...] Não tenho queixa nenhuma de dor, de nada, tive só coisa boa. Não tá machucando, não tem explicação. Tá maravilhosamente, tá excelente, tá ótimo.” (Q3 – grupo CD4)*

#### *Estabilidade e retenção das próteses*

Esses conceitos funcionais quanto ao uso das novas próteses foram observados nas percepções de todos os participantes. De modo geral, os aspectos positivos quanto à estabilidade e retenção foram referidos à prótese superior pela fixação no rebordo alveolar. A capacidade positiva de falar, mastigar, tossir e sorrir foi comumente referenciada.

*“Não soltou, não me impede de nada, de dar risada, conversar, gritar. Tusso normal, não tem problema. [...] Porque ela não se mexe, ela não é “floxa”, ela é fixa. Tem que passar um pouquinho de trabalho para tirar. A de baixo não, a de baixo é normal, agora a de cima é fixa.” (S9 – grupo C)*

*“A gente tosse e leva a mão, claro, mas não sai. [...] Ela não é frouxa na boca, eu consigo falar bem, comer bem. [...] Não tem dificuldade de ela cair, não precisa segurar.” (C4 – grupo C)*

*“A prótese nunca solta para nada. Tanto para comer quanto para falar. Parecem meus dentes naturais. Não sinto problemas. Até tossir eu posso. Na anterior eu tinha que cuidar com tosse. [...] Também percebo o quão confortáveis estão no momento em que falo, pois elas não ficam deslocando na minha boca.” (W3 – grupo CD4)*

*“Ficou mais acomodada, ficou mais melhor no encaixe. Ela ficou uma prótese segura, no mastigar acho que ela tá bem colocada, daí acho que tá bom. [...] Me sinto bem pra tossir.” (B7 – grupo CD4)*

Embora tenha havido uma melhora com o uso das novas próteses, independente do grupo, algumas percepções positivas e negativas sobre estabilidade e retenção foram coexistentes tanto para participantes dos grupos C quanto CD4. Algumas percepções negativas quanto à estabilidade e retenção foram atribuídas à prótese inferior, com queixas sobre o deslocamento durante a mastigação ou a fala, acompanhadas de desconforto ao mastigar. Apenas poucos participantes do grupo C também relataram queixas sobre a retenção da prótese superior.

*“[...] Daí, eu rapidamente coloco ela no lugar com a língua. Ela (a prótese inferior) não está bem firme [...] Dessa (a prótese superior) não, não tô me queixando nada, só queria que ela grudasse mais no céu da boca. [...]” (U7 – grupo C)*

*“Se for dar um espirro, a inferior meio que sai. [...] Mas acho que com o tempo que eu fiquei com elas, elas fizeram aquela casa e a gengiva ficou mais*

*fina ainda. Então, ela ficou folgada que até com o ar da boca ela levanta.” (T8 – grupo C)*

*“A de baixo dá uma jogada. O único problema é que se eu não cuidar e eu apertar muito de um lado, ela levanta do outro, e isso aí, não tem como, não tem encaixe, mas só na de baixo. [...] Ela sai pros lados porque não tem um encaixe, não tem gengiva, então, não tem encaixe.” (A9 – grupo CD4)*

*“O que me incomoda é a prótese inferior. Não sei se é minha boca ou minha língua. [...] Me incomoda quando vou comer e quando vou falar rápido, pois a língua balança a prótese.” (P5 – grupo CD4)*

### *Fonética*

A categoria relacionada à fonética abrangeu os conceitos positivos e negativos sobre essa função, percebidos pelos participantes com o uso das novas próteses. A melhora quanto à fonética foi relatada pela maioria dos participantes de ambos os grupos pelo aumento da comunicação interpessoal, da melhora na pronúncia das palavras e da possibilidade de rir, cantar e gritar. O grupo CD4 apresentou apenas percepções positivas quanto à fonética, comentadas por todos os participantes em associação à segurança proporcionada pela prótese superior para falarem melhor.

*“Agora, consigo até cantar na igreja. Antes, eu não falava muito. Pensava: ‘vai que cai’. Tudo o que eu fazia, a prótese deslocava. Agora mudou.” (W3 – grupo CD4)*

*“Minha voz sai melhor. Ao conversar, posso rir bastante sem medo que a prótese vai cair. Eu consigo falar melhor hoje. Minha fala melhorou bastante.” (V4 – grupo CD4)*

*“Antes era uma dificuldade pra falar. Eu tinha que falar com medo de errar alguma coisa, transmitir alguma coisa errada, entendeu? Agora, hoje não, eu falo bem.” (Q3 – grupo CD4)*

Em geral, o grupo C percebeu uma melhora quanto à fonética, mas relatou existirem alguns aspectos negativos quanto a essa função, como a



dificuldade para articular e pronunciar as palavras, e considerou estar ainda em processo de adaptação com as novas próteses.

*“Eu tô arrastando um pouquinho a língua, mas é coisa que vai melhorar. [...] Eu já falo bastante, eu falo mais. Estou assim até para falar com mais segurança. Hoje eu canto, falo, grito [...] gosto de falar. [...]” (J6 – grupo C)*

*“Sinto que meus dentes estariam perfeitos para eu falar e me comunicar. [...] Eu consigo conversar mais. Eu estou contente com essa e se procurar melhorar vai ficar 100%, mas eu estou contente com ela.” (Z1 – grupo C)*

*“Às vezes, ainda eu arrasto um pouco. Mas tá se normalizando. [...] Eu falo muito, tu pode achar que eu estou com a língua meio dura, mas eu falo muito mesmo. [...] Além disso, tem que cantar na igreja 3 ou 4 vezes. Tá tudo tranquilo. (C4 – grupo C)*

As queixas quanto às dificuldades na fala podem estar relacionadas com as queixas de estabilidade e retenção da prótese superior por alguns participantes do grupo C. Esse achado pode indicar a possível existência de uma diferença sutil entre as duas técnicas aplicadas para a fabricação das próteses.

*“Eu sinto a prótese muito para baixo e que não ficou bem justa no céu da boca. Então, tenho problemas para articular as palavras. [...] Para falar, fico atrapalhada. Os sons das palavras saem enrolados quando vou falar muitas coisas em sequência. Eu travo e então, preciso dar uma paradinha e falar tudo novamente.” (B1 – grupo C)*

*“Meus filhos ainda falam: mãe, porque a mãe fala tão atrapalhada ainda? [...] Não consigo falar direito como tem que falar. Acontece que quando eu converso, eu nunca lhe disse, mas sai o vento da boca, o ar pela ponta da dentadura.” (K3 – grupo C)*

*“Mesmo tendo colocado as próteses novas, ainda sinto dificuldade para falar. [...] Na continuação de uma conversa sinto que minha língua trava no céu da boca da prótese inferior. [...] Eu sinto que ela não ficou muito justa e minha*

*fala sai chiando. [...] Nem sempre a prótese faz vácuo e nesse momento a fonética fica prejudicada.” (U7 – grupo C)*

### **Domínio Psicossocial**

O domínio Psicossocial representou o agrupamento interconectado de categorias relacionadas aos fatores psicológicos e seus impactos sociais. De acordo com os dados do estudo, foram incluídas neste domínio: a Resiliência, as Estratégias de enfrentamento (*coping*), as Emoções, a Autoimagem e a Interação social.

#### *Resiliência*

A resiliência é um conceito da área da psicologia, definida como a capacidade de lidar com o estresse ou resistir à pressão de situações adversas, envolvendo a superação das emocionais negativas e a adaptação às exigências de uma nova experiência.<sup>25</sup> Essa categoria emergiu dos dados a partir da fala livre dos participantes, sem ter feito parte dos tópicos do questionário semiestruturado elaborado para conduzir as entrevistas. Geralmente, os participantes que demonstraram essa característica psicológica expressaram disposição para o enfrentamento, favorecido pela capacidade de aceitação das dificuldades naturais do processo adaptativo ou das limitações inerentes à condição de edêntulo. Foi possível observar que 6 meses depois das reabilitações os participantes, independente do grupo a que pertenciam, atribuíram as dificuldades enfrentadas durante o desempenho das funções a particularidades como o seu rebordo ósseo reabsorvido, à gengiva ou à perda de peso, e consideraram condições naturais do processo de envelhecimento.

*“Tanto essas (próteses) agora como outras que eu já fiz, sempre foi assim. Claro, a gente perde peso, “some as carne” da gente e a idade também. Isso tudo ajuda.” (J6 – grupo C)*

*“Tem que saber lidar com o problema. [...] Não tem outra opção, não dá pra pensar que é os “dente natural”, daí, isso não dá.” (L9 – grupo C)*

*“É que vamos ficando mais velhos e vamos perdendo osso, por isso acho que perfeito, não fica.” (S9 – grupo C)*

*“Acho que minha gengiva está muito usada, aí, não há sapato que sirva.”*

*(P5 – grupo CD4)*

*“Velho tem coisas que não podem melhorar. [...] Eu não tenho cartilagem, né? O que poderia melhorar, não tem como. Então, pra mim tá ótimo.”* (A9 – grupo CD4)

*“O maxilar tá gasto aqui, tive que usar prótese, tô feliz, tô contente do mesmo jeito.”* (Q3 – grupo CD4)

### *Estratégias de enfrentamento (coping)*

O conjunto de esforços cognitivos e comportamentais desenvolvidos para administrar o estresse ou superar limitações caracterizam as estratégias de enfrentamento.<sup>26</sup> O termo “*coping*”, que deriva do verbo “*to cope*” da Língua Inglesa, significa “lidar com”, “enfrentar”, “lutar”,<sup>27</sup> também é usado para essa definição. O uso de estratégias para compensar dificuldades para mastigar os alimentos mais duros que compõem a dieta habitual dos pacientes edêntulos foi bem destacado entre os dois grupos estudados. Entre essas estratégias, os participantes citaram a alteração no modo de preparo dos alimentos antes do consumo, a escolha por alimentos mais fáceis para mastigar como componentes de sua dieta, e a restrição ao consumo de alimentos que consideram difíceis de mastigar. As estratégias para o preparo de alimentos mais consistentes foram relatadas com grande frequência, tais como: cozinhar bem a carne ou outros legumes de consistência dura como cenoura e beterraba, cortar a maçã em pedaços menores e cortar o milho da espiga. Assim, a capacidade reduzida de mastigar influenciou a escolha ou até mesmo limitou o consumo dos alimentos pela sua consistência.

*“Ah, se é muito duro, eu não como, eu deixo do lado, eu corto, ponho na panela de pressão. [...] Tem que cortar bem miudinho. Eu acho que é como eu preparo o alimento, porque se eu não fizer assim, não tem como eu comer o alimento.”* (U7 – grupo C)

*“Se a carne é muito dura, coloco para cozinhar na panela de pressão. [...] Legumes eu faço cozido. Cenoura é um exemplo. Eu procuro cozinhar mais, né, porque eu sei que se eu for tentar cru vai me machucar vai me doer.”*

*[...] Tive que cortar no prato pra conseguir comer (referente ao milho). Não senti dificuldade para comer assim. [...] Eu acho que se eu não procurar ajudar fica difícil eu acho né. [...] Eu aprendi a “dibliar” (driblar) ela, como eu aprendi a “dibliar” (driblar) a outra (a prótese antiga).” (T8 – grupo C)*

*“Eu corto bastante a carne, pois morder, não consigo. [...] Somente a maçã que como sem casca e fatiada. Milho verde eu também continuo retirando da espiga para comer, e então não sinto dificuldade.” (D2 – grupo CD4)*

*“A cenoura, por exemplo, eu como refogada. Se crua, precisa passar no ralador. Eu não me arrisco a morder coisas consistentes. [...] Corto a maçã em gominhos e, então, consigo comer. [...] A carne de frango é mais macia, mas vou sempre ter que usar a faca, pois não consigo mastigar. Preciso cortar o alimento no prato. Não posso pegar um pedaço grande e colocar direto na boca.” (V4 – grupo CD4)*

Embora ambos os grupos aplicassem algumas estratégias para o enfrentamento das dificuldades mastigatórias, a redução da aplicação dessas estratégias também foi reportada entre os participantes do estudo após 6 meses, retratando uma melhora na capacidade de mastigar, independente da técnica utilizada para a fabricação das novas próteses. Os participantes associaram a maior eficiência para mastigar os alimentos com as novas próteses, tanto CD4 quanto convencional, à possibilidade de terem novas experiências de formas de consumo dos alimentos, agora menos processados e menos cozidos, em pedaços maiores, inteiros ou crus, e de consistência mais firme.

*“Eu faço questão de comer um bife, mastigar ele. [...] Eu comia coisas assim que não precisava mastigar muito, passava no liquidificador, mais processados. Não faço mais nada no liquidificador. [...] Hoje não faço mais no ralinho.” (S9 – grupo C)*

*“Hoje eu como normal. Já como pedaços maiores, já corto ela pela metade, eu já como ela sem cortar fininho, a maçã ou a pera. [...] Eu antes*

*cortava bem miudinho, até desfiava pra poder comer a carne. [...] Às vezes eu engolia inteiro porque eu gosto muito de coisa crua, salada, mas me fazia mal, quando eu comia muito graúdo, né?” (K3 – grupo C)*

*“A carne pego lá, corto, já boto uns pedaços inteiros e mastigo. [...] Assim, pego a maçã e como inteira com casca, entendeu? [...] Antes eu fazia tudo, tudo mesmo mastigadinho, um guisado, uma batata tendo que esmagar.” (Q3 – grupo CD4)*

*“Antes eu precisava cuidar muito, engolir inteiro eu deixar amolecer bem até engolir. [...] Carnes eu comia, mas precisavam ser macias e pequenas. Agora está sendo uma maravilha. Eu consigo comer com os dentes sem precisar de faca. [...] Na verdade até passei a comer alimentos crus que antes só comia cozidos.” (W3 – grupo CD4)*

De modo geral, a categoria Estratégias de enfrentamento mostrou importante relação não apenas com a Mastigação, mas também com outras categorias do domínio Funcional como a Fonética, o Desconforto e dor e a Estabilidade. Paralelamente à categoria Estratégias de enfrentamento, a Resiliência também apontou associação, como a representação de um potencial para atuar em benefício do processo adaptativo dos participantes frente ao desafio de uso das novas próteses instaladas.

*“Eu pensei que dava pra dar uma mordida na maçã, mas não dá né, e isso eu tenho que aceitar que não dá. Eu me conformo eu vou cortando e vou comendo. [...] Eu comecei a falar essas palavras (Casa e Mississipi) em casa sozinha comigo para ver se eu conseguia falar direito, porque eu tinha que me adaptar com os dentes, né. [...]” (T8 – grupo C)*

*“Eu travo e então preciso dar uma paradinha e falar tudo novamente. [...] Mas também não estou infeliz, pois já dei um jeitinho nisso.” (B1 – grupo C)*

*“Carne dura não consegui comer normalmente. Tentei comer, mas tive que cortar pequeno para não precisar mastigar. [...] O desconforto é pela*

*inferior não ficar firme por falta de gengiva. Ela fica um pouco frouxa, mas me adapto bem.” (V4 – grupo CD4)*

*“A debaixo não tem a parte óssea suficiente para sustentar ela. Mas a gente se adapta a ela.” (F4 – grupo CD4)*

### *Emoções*

Todos os participantes do estudo, independentemente do grupo a que pertenciam, relataram ter emoções positivas com o uso das novas próteses. O desconforto e as dificuldades funcionais podem causar sentimentos de tristeza, irritabilidade, medo ou preocupação constantes. Quando esses problemas foram amenizados ou solucionados do ponto de vista dos participantes através das novas próteses instaladas, os sentimentos negativos tornaram-se tênues ou, até mesmo, foram substituídos por emoções positivas como a segurança, a tolerabilidade, o bem-estar e a felicidade, e a melhora na autoestima e nos relacionamentos interpessoais.

*“Minha fisionomia melhorou e isso me estimulou. Além disso, não tenho mais aquele sentimento de medo: “será que vou conseguir ou não?” [...] Me sinto ótima, pois agora posso mastigar. [...] Eu fiquei muito feliz, pois estava com meus dentes novos e pude ir até meus parentes. Foi tão bom. [...] Antes me sentia uma velha caída. [...] Agora não ligo mais para as próteses. Estou feliz. (S9 – grupo C)*

*“Tô comendo bem, tô me sentindo bem. [...] A gente se sente melhor quando alguém vê. Bah, outra coisa, né, porque tu te sente bem quando os outros veem. Me sinto melhor, né. [...] Eu acho que estou bem porque eu me sinto bem, eu falo tudo, eu choro, eu rio, eu tô bem, muito bem.” (C4 – grupo C)*

*“Me sinto bem pois aparecem meus dentes. Isso é um estímulo de vida. [...] Me sinto melhor pois posso rir à vontade. Tenho mais expectativa de vida pois me sinto bem com as novas próteses. Para mim isso é muito importante.” (V4 – grupo CD4)*

*“Primeiro parecia que eu não tinha dentes. [...] Minha autoestima melhorou muito. Me sinto a vontade para tirar fotos. Antes eu não tirava. [...]*

*Sorriso mais. Sinto que tenho dentes para mostrar e não tenho medo da prótese cair.” (W3 – grupo CD4)*

Alguns participantes, tanto do grupo C quanto do grupo CD4, também relataram sentir preocupação em algo perturbar o equilíbrio conquistado com as novas próteses, com medo de haver possíveis episódios de dor durante a mastigação, de deslocamento da prótese durante a fala, ou de irritabilidade com o desconforto.

*“Eu tava com medo que ela ia machucar, mas não machucou. [...] Porque quando eu fico tranquila, quando eu me empolgo e vou falar eu sinto (prevejo) que ela vai cair, esse é o meu medo.” (T8 – grupo C)*

*“Quando estou falando e minha língua encosta no céu da boca é ruim. Tenho medo que meu dente afrouxe.” (U7 – grupo C)*

*“Tentei comer, mas me incomoda (carnes duras). [...] No churrasco sempre escolho carnes macias.” (V4 – grupo CD4)*

*“Enquanto eu não tiver o controle da prótese inferior para mastigar vou sempre estar com medo de comer e mastigar, pois ela levanta com a mastigação, bate e machuca.” (P5 – grupo CD4)*

### *Autoimagem*

A Autoimagem foi conceituada como a percepção da aparência através do sorriso, capaz de provocar sensações com impacto na autoestima do paciente. De acordo com os parâmetros individuais de beleza, todos os participantes fizeram um julgamento positivo sobre a estética proporcionada pelo uso das novas próteses, independente da técnica de confecção, com expressões sobre o aumento do bem-estar, o estímulo da vaidade e o prazer em se olhar no espelho e aparecer em fotos. Também foi possível notar o impacto da avaliação externa sobre o reforço positivo da autoimagem, identificado nos relatos como elogios ou comentários favoráveis feitos por outras pessoas.

*“Até tem gente que admira, né, porque na minha idade, tô com o sorriso bem normal, os dentes bem organizados. [...] Eu estou mais bonita, nunca fui bonita, mas agora estou mais bonita (risos)” (J6 – grupo C)*

*“A gente vê nas fotos e se olhando no espelho. E olho no espelho e tá tudo bem. Não tem problema. [...] Tenho me olhado bastante no espelho. [...] Eu estava sem uma das próteses, então meu aspecto físico já não era a mesma coisa. [...] Eu achei importante porque essa ficou maior a outra ía pra dentro aqui assim. [...] Isso melhorou.” (T8 – grupo C)*

*“Quando antes eu me olhava no espelho a minha boca tava entrando pra dentro e hoje não, hoje ela tá ‘parelha’ (emparelhada, equilibrada) como se eu não tivesse dentadura. [...] Sorrio pra aparecer bem meus dentes. [...] Na idade que eu tô a tendência é não ficar legal nunca e a prótese ajuda bastante.” (S9 – grupo CD4)*

*“Eu me sinto bem, pois posso rir a qualquer hora. Me elogiaram, inclusive. Falaram que meu sorriso ficou muito bom. Foi um estímulo de vida para mim. Antes eu não tinha isso. [...] Quando olho no espelho me sinto bem. Me sinto bem para falar e rir. Isso me dá um estímulo e me sinto mais feliz. Eu vejo que aparecem meus dentes na hora de rir e falar. Hoje sorrio muito mais.” (V4 – grupo CD4)*

### *Interação social*

Todos os participantes apresentaram aspectos positivos quanto à socialização após o uso das novas próteses. A nova reabilitação, utilizando quaisquer das técnicas, favoreceu a percepção positiva sobre si mesmo sem representar limitações quanto à capacidade de se comunicar normalmente, fazer as refeições ou sorrir em público. Assim, foi restabelecida a interação natural do indivíduo com as pessoas em ambientes públicos ou entre familiares, como uma consequência da ausência de constrangimento e melhora da autoestima.

*“Antes eu não saía. Onde eu posso ir eu vou, não tenho mais problemas com isso. [...] Nesses dias até fizemos churrasco, eu estava muito feliz.*



*Também fui na casa da minha cunhada e havia muita gente reunida. Dançamos. [...] As próteses não são mais problema para eu sair de casa. Antigamente foram.” (T8 – grupo C)*

*“Antes eu não saía muito, não viajava. Agora não, não vou mais porque o tempo não sobra, antes eu deixava. [...] Gosto muito às vezes de vir num restaurante. Antes com a outra eu deixei de ir em muitos lugares por causa da dentadura. E por causa dessa agora não, hoje eu vou. [...] Fui em formatura, fui em festinhas e não teve. Me senti bem, de eu poder comer direitinho nas festinhas que teve, na formatura da minha neta, do neto.” (L9 – grupo C)*

*“Eu até entrei no coral da igreja, antes eu não fazia isso. Eu me sinto mais à vontade para isso. [...] Antes eu evitava sair ou se ía a algum evento, ficava me escondendo. [...] Até convite para sair eu já ganhei dos meus filhos. Antes eles não me levavam, pois eu sempre dizia que não.” (W3 – grupo CD4)*

*“Todo domingo eu tenho meu churrasquinho. Os filhos vão pra lá, né? [...] Converso muito bem com as pessoas, jogo jogos também. [...] E eu me sentindo bem é o que interessa, né? Então eu me sinto tranquilo, não tenho nenhum problema em sair, em qualquer lugar que eu tô eu me sinto bem. [...] Sou sempre mulequento, tô sempre de brincando com freguês lá.” (A9 – grupo CD4)*

Além de poder mastigar e falar melhor, a percepção favorável da própria aparência foi outro fator com grande impacto sobre o convívio social, à medida que modificou o perfil emocional dos participantes, diretamente vinculados à melhora da autopercepção e à ausência de constrangimento.

*“Fico bem, eu converso com as pessoas, a gente brinca, a gente ri, então não tem nada que me impeça de ficar normal. [...] Até tenho ido às festas comunitárias do meu bairro. Antes não ía, pois não podia mastigar. Agora, saio mais. [...] Tinha que ficar me escondendo para comer e mastigar.” (S9 – grupo C)*

*“Pra mim, é como eu já te falei, é como se eu tivesse com o dente natural. [...] Eu dancei com um senhor lá e ele perguntou minha idade. Eu*

disse: -Quantos anos tu acha que eu tenho? (O senhor disse) -Tem 45 anos. E eu disse: -Tu me ganhou de presente.” (a paciente U7 tem 60 anos – grupo C)

“Eu me sinto melhor em aparência e também em fala. Eu vou a festas, eu acompanho rodas de conversa, eu sorrio mais. Não me sinto mais como um bicho. Fugindo das fotos. [...] Agora me sinto bem no meu íntimo. [...] No domingo fui a um aniversário e me senti ótima, comi tudo que tinha, e pude de me portar de maneira normal, sem precisar evitar situações. Até as pessoas veem que eu estou bem.” (W3 – grupo CD4)

“Me sinto 100% bem em público, fico tranquilo e seguro com minhas próteses. Converso e rio. Me sinto muito bem. [...] Sei que minha prótese está legal, então me sinto seguro para conversar com as pessoas e não tem motivo para me sentir inseguro. [...] Não me senti tímido por causa da dentadura. É como se fosse dente normal. (V4 – grupo CD4)

### **Categoria central**

A interação das categorias conceituadas entre os domínios Funcional e Psicossocial originou as condições e o contexto para o surgimento da Satisfação com as próteses como categoria central. De acordo com os resultados, a satisfação percebida pelos participantes do estudo, que receberam próteses totais fabricadas pelas técnicas convencional e CD4, foi associada à adaptação com as próteses. Os relatos relacionados à adaptação mostraram a superação de uma dificuldade inicial ou a capacidade de naturalizar uma mudança.

“Agora já não sinto mais, para mim está normal. Não tenho dificuldade nenhuma. [...] Eu até esqueço que estou com elas. Não lembro mais que é artificial. Tô bem, tô tranquila.” (G8 – grupo C)

“Nos primeiros dias sim, aí, depois foi indo, se acostumando. [...] Como eu te falei, escovo normal com ela na boca, tiro às vezes pra lavar bem direitinho, normal. Eu tenho ela como se fosse dente. É assim que eu sinto.

*Como se fossem meus, como se eu nasci com os dentes, entendeu?” (Q3 – grupo CD4)*

As percepções de todos os participantes direcionaram para a compreensão da adaptação positiva com o uso das novas próteses como um elemento determinante para se considerarem satisfeitos.

*“[...] Essa que eu tenho, no início não tinha satisfação, agora eu tenho. Eu considero uma maravilha isso. [...]” (C4 – grupo C)*

*“Achei que a adaptação foi boa, foi ótima e perfeita. [...] Hoje estou satisfeita, pois me adaptei.” (S9 – grupo C)*

*“Me sinto bem, satisfeito. Com uma prótese que consigo fazer tudo. [...]” (F4 – grupo CD4)*

*“Estou muito satisfeita com as próteses. Estou satisfeita porque me adaptei. [...]” (D2 – grupo CD4)*

Foi possível observar também o apontamento de aspectos básicos considerados como importantes na avaliação da reabilitação, comparada com a referência anterior que é a prótese antiga do paciente. A facilidade para mastigar, a ausência de dor ou desconforto, a fonética e a estética foram comumente citados, e por vezes expressos como uma forma de conceito de satisfação, como se estivesse condicionada à percepção positiva desses fatores.

*“Me sinto como “eu estou” com dentes novos, com capacidade de comer qualquer coisa, então, tô muito bem. [...] Olha, pra mim só teve coisa boa, só satisfação, porque o aspecto do rosto ficou melhor né, que eu já tenho essa saliência aqui e ficou melhor, pra comer tá sendo melhor, então, pra mim foi 100%.” (B1 – grupo C)*

*“Hoje aproveito os melhores momentos da minha vida através do dente. Sabia? Hoje mudou muito a minha vida, mudou assim, olha, pra melhor porque*

*antes era ruim, era muito ruim. [...] Não tem coisa melhor no mundo assim do que tá com uma coisa que não te machuca, que não te prejudica, que não fica com vergonha. Vai sentar em um restaurante, várias vezes eu ficava com vergonha. Eu achava que tavam rindo da minha cara.” (Q3 – grupo CD4)*

A Autoimagem e as Emoções positivas, associadas à Interação social, pareceram reforçar a percepção de adaptação obtida pelo potencial modulador da Resiliência associada às Estratégias de enfrentamento (*coping*), em uma interconexão que precede a Satisfação.

*“A gente vive melhor. Se tem alguma coisa que não tá legal a gente não vive bem, a mente não tá boa né. Tu pode comer, tu pode fazer isso, mas quando tu não se sente bem a tua mente também não tá bem. [...] É conseguir comer os alimentos, aparência, poder fazer minhas coisas.” (G8 – grupo C)*

*“A vaidade de uma pessoa está no sorriso, no falar, ou em alguma pessoa elogiar seus dentes. Isso é vaidade. [...] Agora minha prótese nova está mais vistosa e bonita. Eu considero isso muito importante para estar satisfeita, pois sou muito vaidosa. É cabelo, pele, dentadura...” (P5 – grupo CD4)*

Assim, as interações observadas podem ser expressas no esquema gráfico proposto (Figura 2), o qual envolve as dimensões funcional e psicossocial do processo adaptativo à reabilitação oral com próteses totais, independente da técnica utilizada para sua fabricação, tendo a satisfação com as próteses como fenômeno central na composição teórica a partir dos resultados observados.

## **DISCUSSÃO**

Esse estudo qualitativo retratou achados inéditos na literatura, a partir de uma compreensão aprofundada sobre a percepção dos pacientes quanto ao uso de próteses totais fabricadas pela técnica CD4. De acordo com os resultados, as próteses convencionais e CD4 apresentaram características

semelhantes, de modo que os conceitos representados pelas experiências dos pacientes não mostraram variações entre os dois grupos estudados. Não houve diferença quanto à percepção dos aspectos funcionais e psicossociais e a satisfação dos participantes após seis meses de reabilitação com as novas próteses. Esses achados estão de acordo com estudos prévios, que abordaram a inexistência de vantagens do método convencional sobre o método simplificado para a fabricação de próteses totais.<sup>1,2,12</sup> Alguns autores concluíram que próteses totais fabricadas a partir do método simplificado não reduziram a qualidade de vida relacionada à saúde bucal e não causaram nenhum impacto negativo em relação ao bem estar do paciente em comparação às próteses convencionais.<sup>5,8</sup> Além disso, a redução de etapas clínicas e laboratoriais não resultou em piores níveis de satisfação, estabilidade das próteses, ou capacidade de mastigação para os pacientes.<sup>5,8,13,15</sup>

As dificuldades percebidas nas primeiras semanas de uso das novas próteses no presente estudo foram relacionadas ao desconforto ou à presença de dor acompanhada de lesões traumáticas. A detecção e o alívio das áreas de compressão que ocorrem entre a base da prótese e a mucosa oral, responsáveis pela dor, desconforto e lesões, são de suma importância, pois o ajuste das próteses aos tecidos promove um maior conforto físico, psicológico e eficiência funcional para o paciente.<sup>10</sup> Assim, os ajustes após a instalação de próteses totais devem ser vistos como parte integrante da reabilitação e um momento oportuno para reforçar orientações quanto ao processo de adaptação, sem deixar que as dificuldades iniciais desmotivem o paciente ao uso regular das novas próteses.<sup>6,9,10</sup> A presença de pontos dolorosos na mucosa ou sensação de desconforto após a instalação das próteses C e CD4 foram relatadas por todos os participantes do estudo com relação à mastigação. Como descrito por Zmudzki et al.,<sup>28</sup> após a instalação de próteses totais pode haver a sensação de desconforto durante as funções de fala, deglutição, expressões faciais, e repouso muscular, simplesmente como um corpo estranho, mesmo sem sobrecarga da mucosa bucal. Assim, passado o período inicial, os participantes relataram a percepção de conforto para o desempenho funcional. Segundo Fenlon et al.,<sup>29</sup> a capacidade de mastigação e o conforto com o uso das próteses melhoram ao longo do tempo. Luraschi et

al.,<sup>30</sup> descreveu que a eficiência mastigatória diminui no momento da instalação de próteses novas, havendo uma melhora durante o período de adaptação, que envolve alterações sensório-motoras e integração da memória funcional. A partir do terceiro mês após a instalação de próteses totais o desempenho funcional parece atingir seu potencial mais elevado, caracterizando a adaptação fisiológica.<sup>13,30</sup> Além disso, o desempenho de uma mastigação mais eficiente, com redução do esforço muscular para triturar os alimentos, pode proporcionar maior conforto e reduzir a suscetibilidade de trauma tecidual.<sup>7</sup> No entanto, esse processo envolve também os elementos da adaptação psicológica, como a personalidade e a motivação do paciente.<sup>10,30</sup> Portanto, pacientes e profissionais precisam entender que a proervação é uma etapa essencial da reabilitação oral, e que a adaptação às novas próteses é um processo considerado de longo prazo.<sup>9,10,29</sup>

Outros aspectos que podem interferir no conforto do uso de próteses totais é a estabilidade e a retenção, pois durante o desempenho funcional há uma distribuição de forças que tendem a deslocá-las ou comprimi-las contra os tecidos que as suportam.<sup>10,31</sup> A estabilidade pode ser definida como sendo a capacidade da prótese manter-se em equilíbrio na presença de forças horizontais e rotacionais, diferindo da retenção que é a resistência às forças verticais.<sup>31</sup> A capacidade de suporte está relacionada aos tecidos de sustentação, como o tecido ósseo, que em casos de grande reabsorção não representam área de boa qualidade para suportar uma prótese.<sup>31</sup> A percepção de estabilidade e retenção no presente estudo foi relatada em associação à segurança proporcionada pela prótese superior para falar, mastigar e tossir. No entanto, os participantes que usaram próteses convencionais atribuíram algumas queixas à retenção da prótese superior. A falta de estabilidade da prótese inferior foi percebida por grande parte dos participantes de ambos os grupos. A reabsorção acentuada do rebordo inferior e a menor elasticidade e fragilidade da mucosa bucal são fatores relacionados ao aumento da idade,<sup>10</sup> que podem ter relação com as percepções de dificuldades relacionadas ao deslocamento e o maior desconforto das próteses inferiores. Percepções sobre a presença de maior desconforto relacionado à prótese inferior também é descrito na literatura como sendo o foco mais frequente de queixas sobre a

instabilidade da prótese, presença de dor e dificuldade para mastigar.<sup>3</sup> Embora os participantes tenham apresentado algumas queixas sobre a estabilidade e a retenção das próteses instaladas (convencional e CD4), a percepção de melhora geral para o desempenho das funções, relacionada a esse aspecto, foi também relatada.

A melhora relacionada à fonética traduziu a capacidade de pronunciar as palavras adequadamente e articular a fala sem medo ou constrangimento para se comunicar com outras pessoas, cantar ou rir. A mudança no padrão da fala é identificada pela articulação das palavras, que em pacientes com prótese totais está relacionada a fatores funcionais como a retenção, o suporte e a estabilidade, a dimensão vertical, o tamanho e a posição dos dentes, a espessura e o contorno da base da prótese.<sup>32</sup> Assim, os resultados do presente estudo mostraram que a percepção de melhora para o desempenho da fala foi relacionada pela maioria dos participantes à retenção da prótese superior, pela maior segurança proporcionada. Embora todos os participantes do estudo tenham percebido o melhor desempenho da fonética, esse aspecto funcional apresentou diferença entre os grupos. Apenas alguns usuários das próteses fabricadas pelo método convencional expressaram queixas relacionadas à retenção da prótese superior, causando a percepção de articulação errada das palavras ou saída de ar durante a pronúncia. De fato, como descrito por Jindra et al.,<sup>33</sup> quando há a saída excessiva de um fluxo de ar entre a língua e a região palatina da prótese, a pronúncia de algumas consoantes fica prejudicada. No entanto, falar pausadamente ou recomeçar a fala foram recursos adotados para amenizar a dificuldade. Em geral, os participantes que usaram próteses convencionais perceberam estarem ainda em processo de adaptação com as novas próteses mesmo após seis meses de uso. Esse achado mostra um contraste em relação aos resultados quantitativos de estudos prévios, que mensuraram a qualidade de vida relacionada à saúde bucal e a satisfação,<sup>2,8,15</sup> ao explorar com profundidade a percepção dos participantes sobre o desempenho da fonética com o uso de próteses fabricadas pelo método convencional e simplificado. Embora os participantes reabilitados pela técnica CD4 não tenham apresentado aspectos negativos quanto à fala, qualquer diferença que possa existir entre a excelência técnica

das próteses deve ser confirmada por estudos futuros aprofundados em fonética.

Os resultados também mostraram a percepção de melhora da capacidade mastigatória pelos grupos C e CD4.<sup>13</sup> Esse fato resultou em uma mudança no padrão de consumo da dieta habitual. Com o uso das novas próteses os alimentos consumidos passaram a ser mais fibrosos e menos pastosos, com menor cozimento, mastigação de pedaços maiores, incluindo a ingestão de alguns legumes crus e até mesmo a introdução de alimentos que anteriormente eram evitados. Houve uma semelhança quanto ao perfil dietético dos participantes de ambos os grupos, pois os mesmos alimentos foram apresentados como fáceis ou difíceis de comer. De acordo com a literatura, a redução do desempenho mastigatório está relacionada à escolha dos alimentos pelo grau de dificuldade em mastigar.<sup>7</sup> O conforto durante o desempenho funcional tem relação direta com a restrição alimentar ou o desenvolvimento de estratégias para facilitar a mastigação,<sup>7</sup> como mostraram os resultados. Foi possível notar também o desejo de poder cortar os alimentos inteiros com os dentes incisivos, como o milho na espiga e a maçã. No entanto, sabe-se que o desempenho dessa função pelos incisivos de uma prótese total é limitado e não terá a mesma eficiência dos dentes naturais.<sup>10</sup> Déficits sensoriais e alteração da função motora podem ser observados em usuários de prótese total, incluindo a dificuldade para identificar a consistência e a espessura de objetos entre os dentes.<sup>10</sup> Isso possivelmente está relacionado à expectativa quanto à vontade de morder ou mastigar certos alimentos mais difíceis, o que parece ser um parâmetro de desempenho mastigatório usado pelos participantes para mensurarem a qualidade de uma reabilitação, com a esperança de conseguirem fazer novamente o que há muitos anos é guardado na memória como uma capacidade perdida. De modo geral, todos os participantes passaram a fazer as refeições com mais facilidade, o que não significa que as dificuldades deixaram de existir, e sim, que elas foram amenizadas.

Maneiras diferentes para superar as dificuldades relacionadas ao desempenho funcional foram apresentadas por todos os participantes, independente do grupo ao qual pertenciam. Como descrito anteriormente, as



diversas formas de preparar os alimentos de acordo com a necessidade individual foram mecanismos de enfrentamento desenvolvidos para amenizar o estresse no momento da refeição. Maneiras de lidar com dificuldades relacionadas à fala também foram referenciadas. Assim, o conjunto de recursos utilizados para a adaptação às situações adversas define as estratégias de enfrentamento ou *coping*.<sup>26</sup> As estratégias de enfrentamento são mecanismos usados para minimizar os efeitos do estresse, administrando o problema com o objetivo de voltar à normalidade funcional, apresentando contribuição significativa para o bem estar subjetivo dos pacientes.<sup>25,26</sup> Embora a instalação de próteses totais C e CD4 tenha proporcionado melhor desempenho funcional, as limitações associadas ao edentulismo não deixam de existir. Assim, desde que as estratégias de enfrentamento estejam interagindo com o potencial de resiliência para o equilíbrio dos impactos causados pelas limitações funcionais, o problema real não é percebido ou apenas não tem repercussão sobre a percepção do paciente.<sup>25</sup> O principal resultado da atuação desses dois conceitos psicossociais pode ser entendido como a melhora da capacidade de adaptação ao uso de novas próteses, C ou CD4.<sup>26</sup>

De acordo com os resultados, as percepções das dificuldades funcionais relatadas pelos participantes que receberam próteses C e CD4 foram identificadas nas análises em associação com aspectos vinculados ao domínio Psicossocial. A Resiliência e as Estratégias de enfrentamento (*coping*) interagiram como uma forma de aceitar as limitações e propor alternativas para a sua superação. Assim, ser resiliente não representou apenas uma capacidade para superar a adversidade situacional, mas de forma mais ampla, favoreceu o desenvolvimento da autoconfiança para pensar de forma criativa e resolver problemas seguindo recursos estratégicos individuais.<sup>34</sup> Embora o papel da psicologia e da personalidade do paciente no processo reabilitador com próteses totais tenha sido bem documentado,<sup>35,36</sup> a influência da resiliência associada às estratégias de enfrentamento nesse processo de uso de próteses totais ainda não foi abordado com clareza na literatura. É possível observar que através da Resiliência e do Enfrentamento o domínio Psicossocial integra os aspectos do domínio Funcional com potencial modulador das fontes de estresse para o participante. Conforme descrito na literatura, a resiliência

pode ser entendida como uma tendência para alterar o comportamento, a fim de responder de forma adaptativa a situações adversas.<sup>25,26,37</sup> Como mostram os relatos, os participantes do estudo demonstram o entendimento das limitações funcionais ao atribuir suas justificativas a elas e a disposição para lidarem com o problema. Pessoas com essa característica psicológica, segundo a literatura, são menos afetadas emocionalmente por situações estressantes e se adaptam mais rapidamente a elas.<sup>25,26,37</sup> Isso é explicável pela relação da resiliência com o otimismo, o *locus* de controle interno,<sup>38</sup> o autocontrole emocional e a autoestima,<sup>37</sup> além do auxílio das emoções positivas para a manutenção do seu mecanismo de proteção.<sup>25,26</sup>

Foi possível notar que com a instalação de próteses que proporcionaram a percepção de melhora em geral, incluindo ausência de desconforto ou outras sensações como a tristeza, o medo, a insegurança e o constrangimento, houve o estímulo das emoções positivas associadas ao bem-estar. Alguns estudos apontaram que emoções prazerosas, tais como a tranquilidade e a felicidade, trazem recursos significativos para o enfrentamento de problemas, colaborando com o processo dinâmico da adaptação.<sup>25,26</sup> Além disso, a percepção de melhora funcional também representou grande impacto sobre a interação social dos participantes, como mostraram os resultados. Os participantes do estudo associaram a dor, a dificuldade para mastigar, a vergonha de sorrir e falar com as próteses antigas, à exclusão social. A restrição a ambientes públicos ou a fuga do contato com outras pessoas também pode ser entendido como uma estratégia de enfrentamento para situações consideradas desagradáveis.<sup>36</sup> Mesmo entre familiares próximos pode haver a preocupação pelo constrangimento de serem vistos com a prótese deslocada durante a mastigação ou a fala. No entanto, com a percepção geral de melhora após a reabilitação oral com as próteses C e CD4 os participantes do estudo modificaram o comportamento social, passando a ter maior estímulo para o convívio com outras pessoas. Assim, comer e falar em público são partes integrantes das interações sociais, que por sua vez têm influência sobre as percepções de saúde e bem-estar.<sup>18</sup> A autoimagem relacionada à aparência também tem impacto sobre a interação social.<sup>3,8</sup> A boca e os dentes incorporam o “eu” social, uma apresentação pública e um elemento de poder

sobre o ego.<sup>4</sup> Percepções negativas sobre a própria imagem, como mostram os relatos dos participantes, podem levar a baixa autoestima e ao uso de recursos de escape, como evitar o sorriso, cobrir a boca durante uma conversa ou recusar fotografias. Esse comportamento pode ser entendido como uma restrição pessoal, que se estende ao contato social cotidiano pela preocupação em ser julgado. No entanto, tanto as próteses C ou CD4, além de terem proporcionado melhoras funcionais e estéticas, trouxeram outros benefícios, tais como a percepção da restauração do potencial de uma vida social e o retorno de um estilo de vida normal, desfrutando um maior prazer alimentar, participando de conversas e rindo com outras pessoas, sem as preocupações ligadas à prótese. O convívio com outras pessoas e o contato com o público pôde, então, ocorrer de maneira mais natural, sem inibições ou restrições impostas por sentimentos de vergonha, inferioridade, e constrangimento vividos no passado.

Como foi visto, as dimensões funcional e psicossocial se sobrepõem, de modo que para obter um tratamento bem sucedido com a instalação de próteses totais, independente das técnicas aplicadas em sua fabricação, é necessário que o paciente seja capaz de adaptar-se não só à função, mas também em um nível emocional.<sup>8,38</sup> Fatores como a função a estética, a ausência de dor, a adaptabilidade física, a personalidade do paciente e a interação social, podem afetar a aceitação e a satisfação com o uso de próteses totais.<sup>3,8,35,38</sup> Há mais de 50 anos a interação entre fatores físicos e psicológicos que envolvem a reabilitação com próteses totais tem sido descrita na literatura. Silverman<sup>36</sup> descreve o círculo psicossomático vicioso em que sintomas funcionais, de acordo com questões psicológicas individuais, despertam reações emocionais que interferem no limiar de percepção dessas perturbações funcionais gerando reações emoções mais intensas. De acordo com o mesmo autor, a homeostase, como princípio da adaptação em seu nível mais primitivo, também representa o ajuste do organismo em um estado físico e psicológico estável a partir de necessidades externas que surgem com situações sociais complexas.<sup>36</sup> Langer et al.<sup>35</sup> descrevem que os pacientes avaliam as suas próteses a partir do ponto de vista sobre o que consideram para a sua própria satisfação. Nessa perspectiva, trabalhos recentes concluem

que o profissional não tem os elementos necessários para determinar o sucesso ou o fracasso do tratamento,<sup>6,12</sup> e que algumas experiências consideradas satisfatórias clinicamente podem não proporcionar satisfação para os pacientes.<sup>6,12</sup> De acordo com os resultados do presente estudo, foi possível perceber, a maneira pela qual os fatores psicológicos influenciam a satisfação com o uso de próteses totais, que representa a interação entre os domínios Funcional e Psicossocial mediada pela Resiliência e as Estratégias de enfrentamento.

Assim, as próteses totais convencionais e CD4 não apresentaram diferenças sob a percepção dos participantes, pois os meios fisiológicos e psicológicos que compõem o processo adaptativo<sup>25</sup> foram traçados de maneira similar entre os grupos. Isso pôde ser notado pela incorporação da presença das próteses a ponto de não serem lembradas como artificiais durante o uso, e aceitas de tal forma que deixaram de ser estranhas ao corpo, ou até mesmo percebidas como dentes naturais. Independente do método de fabricação das próteses os participantes expressaram satisfação após seis meses de uso.

## **CONCLUSÃO**

Os participantes reabilitados a partir da técnica CD4 tiveram percepções sobre os aspectos funcionais e psicossociais similares às dos participantes que usaram próteses convencionais após 6 meses, sem desvantagens quanto à satisfação final com o tratamento reabilitador.

## **CRÉDITOS**

Os autores agradecem aos cirurgiões-dentistas Richeli Rodrigues, Alexandre da Silva Tedesco, Rodrigo Kern, Evanise Berggravv e Graciela Camargo pelo suporte técnico.

## LEGENDAS DAS FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos participantes, incluindo o número de pacientes recrutados e os motivos de exclusão durante o progresso do estudo (CONSORT).

Figura 2 – Esquema gráfico proposto para representar a sobreposição das interações entre as categorias dos domínios Funcional e Psicossocial, e a categoria central emergente.

## REFERÊNCIAS

1. Paulino MR, Alves LR, Gurgel BC, Calderon PS. Simplified versus traditional techniques for complete denture fabrication: a systematic review. *J Prosthet Dent.* 2015;113:12-16.
2. Vecchia MP, Regis RR, Cunha TR, de Andrade IM, da Matta JC, de Souza RF. A randomized trial on simplified and conventional methods for complete denture fabrication: cost analysis. *J Prosthodont.* 2014;23:182-91.
3. Roumanas ED. The social solution-denture esthetics, phonetics, and function. *J Prosthodont.* 2009;18:112-15.
4. Duvernay E, Srinivasan M, Legrand LD, Herrmann FR, von Steinbuchel N, Muller F. Dental appearance and personality trait judgment of elderly persons. *Int J Prosthodont.* 2014;27:348-54.
5. Kawai Y, Murakami H, Shariati B, Klemetti E, Blomfield JV, Billette L, et al. Do traditional techniques produce better conventional complete dentures than simplified techniques? *J Dent.* 2005;33:659-68.

6. Ellis JS, Pelekis ND, Thomason JM. Conventional rehabilitation of edentulous patients: the impact on oral health-related quality of life and patient satisfaction. *J Prosthodont.* 2007;16:37-42.
7. Shinkai RS, Hatch JP, Rugh JD, Sakai S, Mobley CC, Saunders MJ. Dietary intake in edentulous subjects with good and poor quality complete dentures. *J Prosthet Dent.* 2002;87:490-8.
8. Regis RR, Cunha TR, Della Vecchia MP, Ribeiro AB, Silva-Lovato CH, de Souza RF. A randomised trial of a simplified method for complete denture fabrication: patient perception and quality. *J Oral Rehabil.* 2013;40:535-45.
9. Duncan JP, Taylor TD. Simplified complete dentures. *Dent Clin North Am.* 2004;48:625-40.
10. Ivanhoe JR, Cibirka RM, Parr GR. Treating the modern complete denture patient: a review of the literature. *J Prosthet Dent.* 2002;88:631-5.
11. Owen CP. Guidelines for a minimum acceptable protocol for the construction of complete dentures. *Int J Prosthodont.* 2006;19:467-74.
12. Carlsson GE, Omar R. The future of complete dentures in oral rehabilitation. A critical review. *J Oral Rehabil.* 2010;37:143-56.
13. Mengatto CM, Gameiro GH, Brondani M, Owen CP, MacEntee MI. Masticatory effects of reducing the number of clinical sessions for making complete dentures. *Int J Prosthodont.* 2015. (no prelo).
14. Owen CP, MacEntee MI. The impact of socioeconomic, cultural, and technological changes and the notion of standards of care and alternative

protocols. In: Zarb G HJ, Eckert SE, Jacob, RF, editor. Prosthodontic treatment for edentulous patients. St Louis: Mosby Inc.; 2013. p.409-420.

15. Cunha TR, Della Vecchia MP, Regis RR, Ribeiro AB, Muglia VA, Mestriner W, Jr., et al. A randomised trial on simplified and conventional methods for complete denture fabrication: masticatory performance and ability. *J Dent*. 2013;41:133-42.

16. Bower E, Scambler S. The contributions of qualitative research towards dental public health practice. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35:161-69.

17. Stewart K, Gill P, Chadwick B, Treasure E. Qualitative research in dentistry. *Br Dent J*. 2008;204:235-9.

18. Brondani MA, Bryant SR, MacEntee MI. Elders assessment of an evolving model of oral health. *Gerodontology*. 2007;24:189-95.

19. Corbin J, Strauss A. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 3 ed. United States of America. 2008.

20. Montoya-Juarez R, Garcia-Caro MP, Campos-Calderon C, Schmidt-RioValle J, Gomez-Chica A, Marti-Garcia C, et al. Psychological responses of terminally ill patients who are experiencing suffering: A qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2013;50:53-62.

21. Hassanian ZM, Ahanchian MR, Ahmadi S, Hossein Gholizadeh R, Karimi-Moonaghi H. Knowledge creation in nursing education. *Glob J Health Sci*. 2015;7:44-55.

22. English JD, Buschang PH, Throckmorton GS. Does Malocclusion Affect Masticatory Performance? *Angle Orthod.* 2002;72:21-27.
23. Souza RF, Terada AS, Vecchia MP, Regis RR, Zanini AP, Compagnoni MA. Validation of the Brazilian versions of two inventories for measuring oral health-related quality of life of edentulous subjects. *Gerodontology.* 2012;29:88-95.
24. Souza RF, Patrocinio L, Pero AC, Marra J, Compagnoni MA. Reliability and validation of a Brazilian version of the Oral Health Impact Profile for assessing edentulous subjects. *J Oral Rehabil.* 2007;34:821-826.
25. Ong AD, Bergeman CS, Bisconti TL, Wallace KA. Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *J Pers Soc Psychol.* 2006;91:730-49.
26. Melendez JC, Fortuna FB, Sales A, Mayordomo T. The effects of instrumental reminiscence on resilience and coping in elderly. *Arch Gerontol Geriatr.* 2015;60:294-98.
27. Michaelis. 2 ed. Brazil: Melhoramentos; 2010. Michaelis Practical Dictionary - English; p.976.
28. Zmudzki J, Chladek G, Kasperski J. Biomechanical factors related to occlusal load transfer in removable complete dentures. *Biomech Model Mechanobiol.* 2015;14:679-91.
29. Fenlon MR, Sherriff M. Investigation of new complete denture quality and patients' satisfaction with and use of dentures after two years. *J Dent.* 2004;32:327-33.



30. Luraschi J, Korgaonkar MS, Whittle T, Schimmel M, Muller F, Klineberg I. Neuroplasticity in the adaptation to prosthodontic treatment. *J Orofac Pain.* 2013;27:206-16.
31. Ribeiro JA, de Resende CM, Lopes AL, Farias-Neto A, Carreiro Ada F. The influence of mandibular ridge anatomy on treatment outcome with conventional complete dentures. *Acta Odontol Latinoam.* 2014;27:53-57.
32. Zakkula S, B S, Anne G, Manne P, Bindu OS, Atla J, et al. Evaluation of palatal plate thickness of maxillary prosthesis on phonation- a comparative clinical study. *J Clin Diagn Res.* 2014;8:11-13.
33. Jindra P, Eber M, Pesak J. The spectral analysis of syllables in patients using dentures. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2002;146:91-94.
34. Delany C, Miller KJ, El-Ansary D, Remedios L, Hosseini A, McLeod S. Replacing stressful challenges with positive coping strategies: a resilience program for clinical placement learning. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2015.
35. Langer AM, J. Seifert, I. Factors influencing satisfaction with complete dentures in geriatric patients. *J Prosthet Dent.* 1961;11:1019-31.
36. Silverman SI. The psychologic considerations in denture prosthesis. *J Prosthet Dent.* 1958;8:582-90.

37. Martins AB, Dos Santos CM, Hilgert JB, de Marchi RJ, Hugo FN, Pereira Padilha DM. Resilience and self-perceived oral health: a hierarchical approach. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59:725-31.

38. Bellini D, Dos Santos MB, De Paula Prisco Da Cunha V, Marchini L. Patients' expectations and satisfaction of complete denture therapy and correlation with locus of control. *J Oral Rehabil.* 2009;36:682-86.

## TABELAS E FIGURAS

Figura 1. Fluxograma de seleção dos participantes, incluindo o número de pacientes recrutados e os motivos de exclusão durante o progresso do estudo (CONSORT).

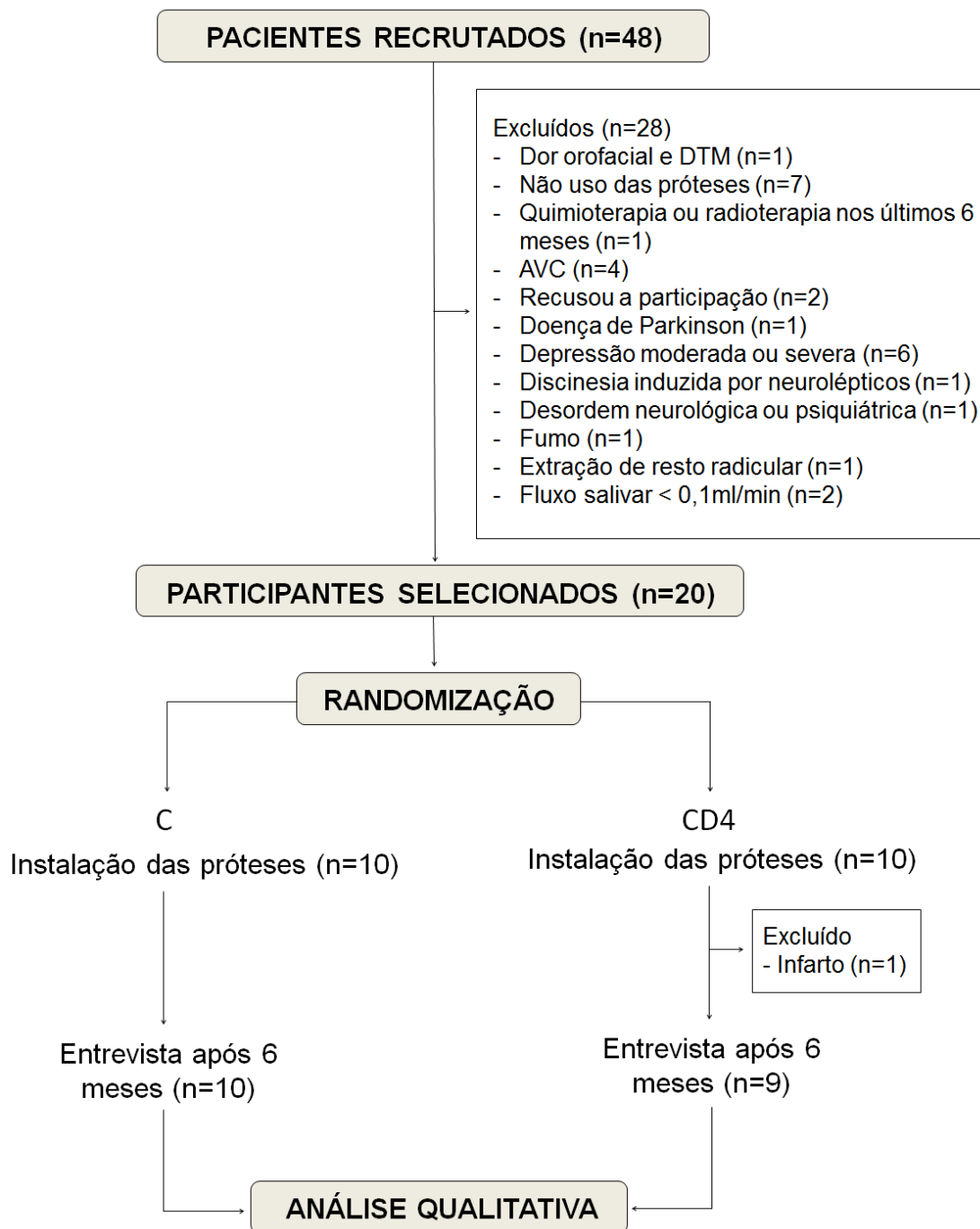


Tabela 1. Características gerais dos participantes do estudo.

Características		Grupos	
		C	CD4
<b>Gênero</b>	Feminino	9	7
	Masculino	1	3
<b>Idade</b>	Variância	58 a 81	55 a 79
	Média	68,3	67,8
<b>Índice de massa corporal</b>	kg/m <sup>2</sup>	26,1 ±2,9	25,9 ±5,5
<b>Ocupação</b>	Trabalhando	5	2
	Aposentado	5	8
<b>Estado civil</b>	Solteiro	1	0
	Casado	5	3
	Divorciado	2	3
	Viúvo	2	4
<b>Renda mensal individual</b>	Até R\$2.200,00	7	6
	R\$2.200,00 a R\$3.600,00	3	4
	Acima de R\$3.600,00	0	0
<b>Fluxo salivar não estimulado</b>		0,23 ±0,12	0,35 ± 0,32
<b>Reabsorção do rebordo residual</b>		1,5 ±0,2	1,3 ±0,2
<b>Tempo de edentulismo</b>	Maxila	38,0 ±14,2	35,9 ±15,1
	Mandíbula	31,8 ±15,5	23,9 ±16,1
<b>Tempo de uso das próteses atuais</b>	Maxila	13,3 ±9,4	11,6 ±11,9
	Mandíbula	16,8 ±13,8	10,0 ±10,7

Fonte: Mengatto et al. (14)

Tabela 2. Agrupamento das categorias nos domínios Funcional e Psicossocial.

DOMÍNIOS	CATEGORIAS
Funcional	Mastigação Desconforto e dor Estabilidade e retenção Fonética
Psicossocial	Resiliência Estratégias de enfrentamento Emoções Autoimagem Interação social

Figura 2. Esquema gráfico proposto para representar a sobreposição das interações entre as categorias dos domínios Funcional e Psicossocial, e a categoria central emergente.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conjunto de conceitos e práticas que representam o modo como pesquisadores e clínicos compreendem e valorizam o processo que envolve a reabilitação protética constitui paradigmas fixados ao longo do tempo. Certas questões que conduzem a prática odontológica podem representar crenças ou concepções da realidade e, portanto, necessitam de apoio científico para que os procedimentos clínicos sejam baseados nas melhores evidências científicas disponíveis (CARLSSON; OMAR, 2010). Recentemente, alguns estudos têm abordado o emprego da simplificação do protocolo para a fabricação de próteses totais nas reabilitações clínicas a fim de buscar evidências que suportem a sua efetividade como alternativa terapêutica (KAWAI et al., 2005; OWEN et al., 2006; CARLSSON; OMAR, 2010; MENGATTO et al., 2015; REGIS et al., 2013). Até o momento, métodos de pesquisa quantitativa têm mostrado que, independentemente da técnica utilizada na fabricação das próteses, resultados semelhantes são obtidos quanto à função e a satisfação dos pacientes após 6 meses de uso das próteses (KAWAI et al., 2005; MENGATTO et al., 2015; REGIS et al., 2013). A abordagem qualitativa conduzida nesse estudo explorou informações com maior detalhamento e complementou as evidências dos estudos prévios mostrando que os pacientes sentem-se satisfeitos com suas próteses, seja qual for o método empregado para a sua fabricação. Além disso, os participantes reabilitados a partir da técnica CD4 tiveram percepções sobre os aspectos funcionais e psicossociais similares às dos participantes que usaram próteses convencionais após 6 meses.

É importante ressaltar que, embora haja a redução de etapas clínicas, a técnica CD4 e outros métodos simplificados para a fabricação de próteses totais não são de execução simples. Ou seja, os procedimentos requeridos por esses métodos devem ser seguidos com rigor técnico por profissionais qualificados e treinados, para que próteses totais de qualidade sejam obtidas. Métodos que incorporam procedimentos simplificados para a confecção de próteses totais são abordagens de tratamento mais abrangentes, pois oferecem a possibilidade de dinamizar o processo de trabalho e minimizar os custos, com maior vantagem para os sistemas públicos de saúde. Assim, a

incorporação de um protocolo mínimo aceitável para a fabricação de próteses totais nos currículos acadêmicos e serviços odontológicos deve ser considerada, pois a reprodução de procedimentos desnecessários não corresponde à prática clínica baseada em evidências. Além disso, é fundamental que as instituições de ensino ofereçam uma formação sólida, que contemple não somente a qualidade técnica da prótese total instalada, mas principalmente a integração dos aspectos técnicos com a satisfação do paciente em todas as suas dimensões – condição primordial para o sucesso do tratamento protético. A fim de contribuir com o ensino nessa área, pesquisas sobre próteses totais precisam ser intensificadas.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria Nº 2.528 - *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica nº 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília DF, 2007.

MARTINS, A.M.E.B.L.; BARRETO, S.M.; PORDEUS, I.A. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. *Rev Panam Salud Publica*, v.22, n.5, p.308–316, nov. 2007.

MATOS, D.L.; LIMA-COSTA, M.F. Tendência na utilização de serviços odontológicos entre idosos brasileiros e fatores associados: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998 e 2003). *Cad Saúde Pública*, v.23, n.11, p.2740-2748, nov. 2007.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Projeções da população 2013*. Disponível em: <[http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2013/default.shtm](http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm)>. Acesso em: 23 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Projeto SB Brasil 2003: Condições da Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003. Resultados Principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BARBATO, P.R. et al. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad Saúde Pública* v.23, n.8, p.1803-1814, ago. 2007.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Bucal. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, 2004a.
- PUCCA JR. G.A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Cienc Saude Coletiva*, v.11, n.1, p.243-246, jan./mar. 2006.
- BRASIL. Portaria nº 1.570/GM em 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2004b.
- BRASIL. Portaria nº 74 de 20 de janeiro de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa Saúde da Família, inclui procedimento de moldagem para prótese e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2004c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. *Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal. Resultados Principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadastro e repasse de recursos para os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária: Nota técnica*. Brasília, 2011b.
- DATASUS. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. *Produção Ambulatorial do SUS: Prótese total mandibular; Prótese total maxilar: quantidade apresentada por região no ano de 2014*. BRASIL. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>> . Acesso em: 01 ago. 2015.
- DUNCAN, J.P.; TAYLOR, T.D. Simplified complete dentures. *Dent Clin North Am*, v.48, n.3, p.625-40, jul. 2004
- KAWAI, Y. et al. Do traditional techniques produce better conventional complete dentures than simplified techniques? *J Dent*, v.33, n.8, p.659-668, sep. 2005.
- OWEN, C.P. Guidelines for a minimum acceptable protocol for the construction of complete dentures. *Int J Prosthodont*, v.19, n.5, p.467-474, sep. 2006.
- CARLSSON, G.E.; OMAR, R. The future of complete dentures in oral rehabilitation. A critical review. *J Oral Rehabil*, v.37, n.2, p.143-156, feb. 2010.
- REGIS, R.R. et al. A randomised trial of a simplified method for complete denture fabrication: patient perception and quality. *J Oral Rehabil*, v.40, n.7, p.535-545, jul. 2013.
- IVANHOE, J.R.; CIBIRKA, R.M.; PARR, G.R. Treating the modern complete denture patient: a review of the literature. *J Prosthet Dent*, v.88, n.6, p.631-635, dec. 2002.



TELLES, D. *Prótese total - convencional e sobre implantes*. 1. ed. São Paulo: Santos, 2009.

OWEN, C.P.; MACENTEE, M.I. The impact of socioeconomic, cultural, and technological changes and the notion of standards of care and alternative protocols. In: ZARB, G.H.J.; ECKERT, S.E.; JACOB, R.F. *Prosthodontic treatment for edentulous patients*. Saint Louis: Mosby Inc, 2013. p.409-420.

MENGATTO, C.M. et al. Masticatory effects of reducing the number of clinical sessions for making complete dentures. *Int J Prosthodont*. 2015. (no prelo)

GIRUNDI, F.M.S. et al. A oferta da prótese total na rede SUS Belo Horizonte. *Comunidade de Práticas*. 2013. Disponível em: <<http://atencaobasica.org.br/relato/4725#sthash.JiZJxudr.dpuf>>. Acesso em: 23 set. 2014.

REZENDE, R.I. et al. Prótese dentária na saúde pública: resultados de um centro de especialidades odontológicas no município de Maringá – PR. *Rev Odontol UNESP*, v.40, n.1, p.12-17, jan./fev. 2011.

ELLIS, J.S.; PELEKIS, N.D.; THOMASON, J.M. Conventional rehabilitation of edentulous patients: the impact on oral health-related quality of life and patient satisfaction. *J Prosthodont*, v.16, n.1, p.37-42, jan./feb. 2007.

ALLEN, P.F.; MCMILLAN, A.S. A review of the functional and psychosocial outcomes of edentulousness treated with complete replacement dentures. *J Can Dent Assoc*, v.69, n.10, p.662, nov. 2003.

GOIATO, M.C. et al. Quality of life and stimulus perception in patients' rehabilitated with complete denture. *J Oral Rehabil*, v.39, n.6, p.438-445, jun. 2012.

SLADE, G.D.; SPENCER, A.J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*, v.11, n.1, p.3-11, mar. 1994.

ALLEN, F.; LOCKER, D.A. modified short version of the oral health impact profile for assessing health-related quality of life in edentulous adults. *Int J Prosthodont*, v.15, n.5, p.446-450, sep./oct. 2002.

SOUZA, R.F. et al. Reliability and validation of a Brazilian version of the Oral Health Impact Profile for assessing edentulous subjects. *J Oral Rehabil*, n.34, v.11, p.821-826, nov. 2007.

SOUZA, R.F. et al. Exploratory factor analysis of the Brazilian OHIP for edentulous subjects. *J Oral Rehabil*, n.37, v.3, p.202-208, mar. 2010.

ENGLISH, J.D.; BUSCHANG, P.H.; THROCKMORTON, G.S. Does Malocclusion Affect Masticatory Performance? *Angle Orthod*, v.72, n.1, p.21-27, feb. 2002.

SOUZA, R.F. et al. Validation of the Brazilian versions of two inventories for measuring oral health-related quality of life of edentulous subjects. *Gerodontology*, v.29, n.2, p.88-95, jun. 2012.

BRONDANI, M.A.; MACENTEE, M.I. The concept of validity in sociodental indicators and oral health-related quality-of-life measures. *Community Dent Oral Epidemiol*, v.35, n.6, p.472-478, dec. 2007.

TURATO, E.R. Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. *Rev Saude Publica*, v.39, n.3, p.507-514, jun. 2005.

BOWER, E.; SCAMBLER, S. The contributions of qualitative research towards dental public health practice. *Community Dent Oral Epidemiol*, v.35, n.3, p.161-169, jun. 2007.

STEWART, K. et al. Qualitative research in dentistry. *Br Dent J*, v.204, n.5, p.235-239, mar. 2008.

## APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

*Obrigada por participar desta pesquisa. Abaixo seguem informações a respeito da pesquisa, as quais deverão ser lidas e entendidas antes da assinatura deste termo, sendo qualquer dúvida respondida prontamente pela pesquisadora responsável.*

**Titulo da Pesquisa:** *Técnica simplificada ou sofisticada de confecção de prótese total dupla para rebordos ósseos reabsorvidos: visão funcional e do paciente*

#### **Pesquisadores envolvidos**

Prof. Dr<sup>a</sup>. Cristiane Machado Mengatto (professora responsável pelo projeto da Faculdade de Odontologia UFRGS, aplicadora do TCLE)  
 Prof. Dr. Gustavo Hauber Gamello (colaborador - Instituto de Ciências Básicas da Saúde - Departamento de Fisiologia UFRGS)  
 Profa. Dra. Camem Beatriz Fortes (colaborador – Faculdade de Odontologia UFRGS)  
 Alunos de graduação: Rodrigo Kem, Alexandre Tedesco, Richelli Rodrigues, Eliane Schöbneknecht, Paula Arndt (Iniciação Científica)

#### **Justificativa e Objetivos**

Existem duas formas de se confeccionar uma dentadura (prótese total): por uma técnica simples e rápida ou sofisticada e demorada. Não se sabe se o tipo de técnica de confecção influencia no conforto e desempenho de uso das dentaduras. Sabe-se apenas que o uso de dentaduras muito gastas, devido a um longo período de uso, pode levar o indivíduo a ter dificuldades para quebrar alimentos (uma menor performance mastigatória) comparado com o mesmo paciente usando uma prótese nova que atende os critérios de funcionalidade. Desta forma, nossa pesquisa propõe avaliar sua performance mastigatória, e sua opinião quanto ao uso das próteses antigas e ao uso de dois pares de próteses novas (um feito pela técnica mais simples e rápida e outro pela técnica mais sofisticada e demorada) após 3 e 6 meses de uso. Você será convidado a participar desta pesquisa, e caso aceite participar, passará pelos procedimentos descritos a seguir.

**Procedimentos:** A pesquisa contará com sua colaboração em cada etapa. Primeiramente, você passará por exames que indicarão se você poderá participar de todas as etapas do projeto. Para isso, a equipe irá medir seu fluxo salivar, checar a altura do osso de sua mandíbula através de uma radiografia panorâmica e aferir o seu grau de depressão através de um questionário. No caso de não poder participar da pesquisa, devido aos critérios estabelecidos, você será encaminhado para confeccionar suas próteses nas disciplinas clínicas pelos alunos de Graduação desta faculdade FO-UFRGS. Se puder e concordar em participar desta pesquisa, você passará pelos procedimentos comuns de confecção de uma dentadura, totalizando 7 a 8 sessões clínicas de 3 horas. Quando os pares de próteses estiverem prontos, as mesmas serão adaptadas em sua boca, e você receberá apenas um dos pares para usar por 6 meses. Após 3 e 6 meses de uso, você deverá comparecer à faculdade para uma avaliação do primeiro par de próteses. E então, você receberá o segundo par de próteses para utilizar por mais 6 meses. Após 3 e 6 meses de uso deste par, você deverá comparecer à faculdade novamente para uma avaliação do segundo par de próteses. Após finalizado o estudo, você saberá qual par de prótese foi confeccionado por qual técnica e levará para casa os dois pares de próteses e poderá escolher qual dele utilizar. Cada sessão de avaliação terá duração aproximada de 2 horas, em que serão aplicados questionários escritos sobre a sua satisfação com o uso da prótese e o impacto da prótese na qualidade de sua vida; também será feita uma entrevista oral com sua voz gravada sobre sua percepção do uso das próteses; e serão realizados testes para medir a performance mastigatória e deglutição.

- **Entrevista sobre a percepção do uso das próteses**

A entrevista analisará seu relato das experiências com relação ao uso das próteses antigas, e três e seis meses após a instalação dos diferentes pares de próteses novas. As entrevistas terão o áudio gravado para poderem ser transcritas em um momento posterior. Os dados gravados serão armazenados em um arquivo digital e compilados em uma mídia de DVD. As entrevistas gravadas serão guardadas e utilizadas para análises futuras em fins exclusivos de pesquisa. As suas falas, transcritos e resultados da entrevista serão identificadas por um código, ao invés de seu nome; de maneira que nenhum dado que possa identificá-lo seja revelado, em momento algum, mantendo o sigilo dos dados.

- **Avaliação da eficiência mastigatória e nível de deglutição**

A avaliação da performance mastigatória será realizada através da mastigação de um material chamado Optocal, que se compõe de uma mistura de silicone odontológico, vaselina e pasta de dente, de consistência borracheira, que posteriormente, passará em um maquinário específico contendo peneiras previamente padronizadas, para medir o quanto você conseguiu quebrar das partículas do Optocal. O teste será repetido por 3 vezes (1 como teste, 1 para performance mastigatória, 1 para medir o nível de deglutição).

#### **Benefícios e Métodos Alternativos**

Você terá o benefício de receber consulta odontológica gratuita, e a confecção gratuita de dois pares de dentadura, caso seja selecionado e concorde em participar da pesquisa. Não existem métodos alternativos descritos para as análises. As dentaduras serão confeccionadas por duas técnicas, uma simples, outra sofisticada. Não se preocupe, pois ambas as técnicas são utilizadas normalmente na odontologia, com segurança, e produzirão próteses que você poderá utilizar normalmente para se alimentar. Ao final da pesquisa você saberá qual prótese pertence a qual técnica, e poderá optar pelo par de próteses que melhor lhe convier, respeitando assim a satisfação individual de cada participante. Você levará para casa os dois pares de dentaduras, ao final da pesquisa.

#### **Desconfortos e Riscos**

Na realização da pesquisa existe desconforto da utilização e adaptação às dentaduras novas, que ocorreriam participando ou não da pesquisa. Existe também o risco da exposição aos Raios X para a tomada da radiografia panorâmica, porém você passaria por este procedimento de qualquer maneira, mesmo sem a pesquisa, já que a tomada da radiografia panorâmica é um procedimento usual da confecção de dentaduras para verificar se você não possui lesões no osso ou dentes escondidos. Assim, os riscos previstos são praticamente inexistentes tendo em vista que serão similares àqueles que existem em qualquer atendimento odontológico para confecção de dentaduras. Dessa forma, a sua participação neste estudo não oferece nenhum tipo de risco e desconforto adicional para a sua saúde além dos esperados acima mencionados.



## APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

### Forma de Acompanhamento e Garantia de Esclarecimento

Você será acompanhado durante toda a pesquisa e qualquer problema observado deverá ser relatado ao coordenador da mesma. Você tem a garantia de que receberá respostas a qualquer pergunta, ou esclarecimento a qualquer dúvida relacionada à pesquisa. Os pesquisadores envolvidos assumem o compromisso de proporcionar toda a informação obtida, e acompanharão e assistirão todos os voluntários a qualquer momento durante a mesma.

### Grupo Placebo ou Controle

Não há. O paciente é seu próprio controle.

### Liberdade de Recusar a Participar

Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo e também poderá se retirar do mesmo durante qualquer tempo. Caso você se recuse a participar ou se retire da pesquisa por qualquer motivo, você não sofrerá qualquer tipo de prejuízo, bem como isto não afetará qualquer atendimento odontológico na Faculdade de Odontologia da UFRGS, sendo encaminhado para atendimento nas clínicas de Graduação, como procedimento-padrão dos pacientes que procuram atendimento na FO-UFRGS. Aceitando participar como voluntário desta pesquisa você receberá uma cópia deste termo, com sua assinatura e número de identidade como consta abaixo no local assinalado para tal. Qualquer dúvida, favor comunicar a coordenadora da pesquisa.

### Garantia de Sigilo

Os pesquisadores envolvidos se comprometem a resguardar todas as informações da pesquisa, não revelando a identidade do voluntário que as originou. Os áudios gravados e demais informações coletadas serão utilizados unicamente para o fim de pesquisa, e não revelarão publicamente informações que possam identificar o paciente atendido, em nenhum momento. A transcrição das falas da entrevista utilizará códigos ao invés de nomes dos voluntários, para não permitir sua identificação.

### Formas de Ressarcimento

Não haverá gastos extraordinários referentes à sua participação nesta pesquisa. Esta pesquisa não inclui indenização tendo em vista que as próteses antigas serão devolvidas a cada paciente e os procedimentos de confecção das próteses serão minimamente invasivos, e estão previstos em qualquer confecção de dentadura. Portanto, não há qualquer tipo de indenização prevista para esta pesquisa. Para as consultas de avaliação de 3 e 6 meses, para os 2 tipos de próteses, o voluntário receberá o valor gasto em transporte público para vir até a Faculdade de Odontologia – FO UFRGS. O voluntário também não pagará pelas dentaduras confeccionadas.

Eu, \_\_\_\_\_ certifico que tendo lido e entendido todas as informações acima, estou de acordo com a realização do estudo e aceito participar como voluntário de todas as etapas e procedimentos do mesmo, como descrito acima. Também autorizo que as entrevistas sejam gravadas e armazenadas para quaisquer análises futuras, desde que para fim exclusivo de pesquisas, conforme descrito acima.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do voluntário

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Cristiane Mengatto

\_\_\_\_\_  
Nome da testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

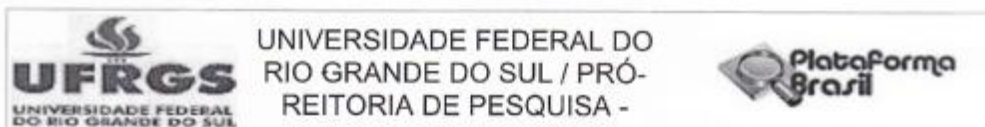
1ª via: Instituição (Faculdade de Odontologia - UFRGS)

2ª via: Voluntário

**OBS: A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS.**

Comitê de Ética da UFRGS / Propeq - Av. Paulo Gama, 110 - 7º andar - Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060 - Telefone: (51) 3308 4085  
Endereço da Faculdade de Odontologia UFRGS: Rua Ramiro Barcelos, 2492. Porto Alegre/RS. Telefone para contato com o pesquisador responsável (Dra. Cristiane Mengatto): (51) 9991 4176

## ANEXO – PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-  
REITORIA DE PESQUISA -

## PROJETO DE PESQUISA

**Título:** Técnica simplificada ou sofisticada de confecção de prótese total dupla para rebordos ósseos reabsorvidos: visão funcional e do paciente.

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 05494512.2.0000.5347

**Pesquisador:** Cristiane Machado Mengatto

**Instituição:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 91.396

**Data da Relatoria:** 23/08/2012

## Apresentação do Projeto:

Considerando a importância das reabilitações protéticas para a adequada função mastigatória e a possibilidade de redução de custos para a confecção de próteses totais, o presente estudo longitudinal, experimental, cego, tipo crossover (ensaio clínico cruzado) tem por objetivo avaliar qual das técnicas de confecção de próteses totais (simplificada ou sofisticada) permitirá melhor desempenho para pacientes edêntulos com rebordo ósseo moderadamente/ severamente reabsorvido do ponto de vista funcional e do paciente. Serão abordados os seguintes objetivos específicos: a) quantificar a performance mastigatória e o limiar de deglutição; b) quantificar o grau de satisfação do paciente com as próteses; c) quantificar o impacto das próteses na qualidade de vida; d) determinar o grau de habilidade mastigatória do paciente; e) realizar análise qualitativa da visão do paciente sobre suas próteses, nos períodos de 3 e 6 meses após a reabilitação com novas próteses totais confeccionadas pelas técnicas simplificada e sofisticada. O projeto envolverá 20 voluntários totalmente edêntulos, usuários de prótese total dupla, que serão seus próprios controles, e receberão os 2 tipos de prótese total dupla em diferentes momentos do estudo. Metade dos participantes receberão a seguinte sequência de próteses, segundo o delineamento proposto por Williams: (A) prótese técnica simplificada, (B) prótese técnica sofisticada; e outra metade dos participantes receberão as próteses na sequência (B) e (A). Uma vez cientes e concordantes em participar do estudo, os voluntários selecionados passarão pelos procedimentos de confecção das novas próteses totais pelas técnicas: simplificada e sofisticada. No momento da instalação do primeiro par de próteses totais, serão aplicados os questionários de satisfação das próteses existentes, o OHIP-EDENT, entrevista qualitativa do uso de próteses, teste de limiar de deglutição, habilidade e performance mastigatória. As avaliações serão feitas 3 e 6 meses após a instalação do primeiro par de próteses, e repetidas para o segundo par de próteses. Os dados coletados serão apresentados em valores absolutos e percentuais, e analisados estatisticamente através do da Análise de Variâncias (ANOVA) com nível de significância de 5%.

## Objetivo da Pesquisa:

O presente estudo tem por objetivo avaliar qual das técnicas de confecção de próteses totais (simplificada ou sofisticada) permitirá melhor desempenho para pacientes edêntulos com rebordo ósseo moderadamente/severamente reabsorvido do ponto de vista funcional e do paciente.

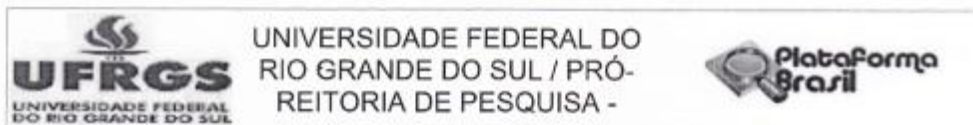
## Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios e riscos estão explicitados de forma adequada.

*Jose Artur Lelis*

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro  
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: e@ca@ropesq.ufrgs.br

## ANEXO – PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo possui mérito científico, apresenta delineamento e metodologia adequados. Os esclarecimentos da diligência foram atendidos na íntegra.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória são apresentados na íntegra.

**Recomendações:**

O projeto está em condições de aprovação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto está em condições de aprovação.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Encaminhe-se.

PORTO ALEGRE, 06 de Setembro de 2012

*Jose Artur Bogos Chies*  
Assinado por:  
José Artur Bogos Chies

CAAE: 0549512.2.0000.5347

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro  
Bairro: Ferropilha CEP: 90.040-060  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br