

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM PRÓTESE DENTÁRIA

MARIANA BAUER BRONSTRUP

**COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE SUJEITOS COM
FISSURAS LABIOPALATINAS E SUJEITOS EDENTADOS: UMA ANÁLISE
QUANTITATIVA E QUALITATIVA**

PORTO ALEGRE

2016

MARIANA BAUER BRONSTRUP

**COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE SUJEITOS COM FISSURAS
LABIOPALATINAS E SUJEITOS EDENTADOS: UMA ANÁLISE QUANTITATIVA E
QUALITATIVA**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Odontologia, Área de Prótese Dentária, pelo programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Orientadora: Profa. Dra. Rosemary Sadami Arai Shinkai

PORTO ALEGRE

2016

Ficha Catalográfica

B869c Bronstrup, Mariana Bauer

Comparação da qualidade de vida entre sujeitos com fissuras labiopalatinas e sujeitos edentados : uma análise quantitativa e qualitativa / Mariana Bauer Bronstrup . – 2016.

100 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Rosemary Sadami Arai Shinkai.

1. Qualidade de vida. 2. Fissura palatina. 3. Prótese total. 4. Implantes dentários. 5. Envelhecimento. I. Shinkai, Rosemary Sadami Arai. II. Título.

“A própria natureza do humano é justamente o subjetivo, o sensível, o afetivo, o valorativo, o opinativo. Como transformá-lo em objetividade, sem destruir sua principal característica, a subjetividade?”

Marilena Chauí (1997)

Dedico este trabalho à minha mãe, que
sempre apoiou e incentivou meu
crescimento profissional

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço à minha orientadora Prof. Dra. Rosemary Sadami Arai Shinkai por toda a confiança depositada em mim na realização desse trabalho. Agradeço também pela paciência, pela disponibilidade, pelos estímulos e por todos os ensinamentos transmitidos ao longo desses sete anos em que fez parte da minha formação. Minha eterna gratidão por todas as experiências vividas e por ter sido um grande exemplo;

À minha família por todo o carinho, apoio, compreensão e incentivo na realização desse trabalho;

Ao meu namorado Pedro por entender minha ausência, por me apoiar e estar ao meu lado em todos os momentos;

À Prof. Dra. Marina Lobato por todos os ensinamentos, pelo apoio e pela assistência na realização desse trabalho;

À Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em nome do Prof. Dr. Alexandre Bahlis, diretor da Faculdade de Odontologia, pela oportunidade de realizar minha formação nessa casa;

À coordenação do Centro de Reabilitação de Fissura Labiopalatina (CERLAP) por ceder o espaço para a coleta de dados;

Ao funcionário e amigo, Deiver, e à funcionária Carla por toda a disponibilidade e ajuda durante a realização desse trabalho;

Aos participantes dessa pesquisa por entenderem a importância desse estudo, pela disponibilidade, pela confiança e por compartilharem suas histórias pessoais;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio e incentivo à pesquisa.

RESUMO

Pacientes portadores de fissura labiopalatina (FLP) e sujeitos edentados são considerados indivíduos fisicamente mutilados, que, embora com etiologias de perda dentária diferentes, possuem limitações funcionais e estéticas. A perda dentária está associada à baixa qualidade de vida (QV), pois diminui a autoestima e a função psicossocial do indivíduo. O objetivo desse estudo foi avaliar, através de uma análise quantitativa e qualitativa, o impacto da reabilitação bucal na qualidade de vida de pacientes edêntulos e de portadores de FLP em sujeitos adultos. Uma amostra de conveniência de 46 participantes adultos, composto por 15 homens e 31 mulheres, foi dividida em dois grupos: (G_FLP) fissuras labiopalatinas (n=20); (G_PTFI) prótese total fixa implantossuportada (n=26). O instrumento OHIP-14 foi usado para a obtenção de dados quantitativos para estudo da QV. A análise de dados foi feita pelo método aditivo e pelo teste Kruskal Wallis. Participantes com escore relativo à baixa QV nos dois grupos (n=9) participaram da fase qualitativa realizada com entrevistas semiestruturadas. Nos resultados do OHIP-14 houve diferença significativa entre os dois grupos ($p < 0,05$). O grupo G_PTFI teve QV mais afetada em comparação com G_FLP em todas as dimensões. Na análise qualitativa, antes das reabilitações, as dimensões mais afetadas foram dor física e incapacidade física para o G_PTFI; já as dimensões mais afetadas para o G_FLP foi autoestima e limitação funcional. Após o tratamento protético os participantes do G_FLP passaram a relatar melhora considerável nas funções psicossociais e alto grau de satisfação com o tratamento, embora percebessem piora nas funções físicas. Já o G_PTFI obteve melhoras em todas as dimensões, porém eram menos satisfeitos com o tratamento e com a estética. Embora OHIP-14 identifique que a QV seja afetada pelas condições bucais, isoladamente ele não detecta a origem e a magnitude dos problemas. Um estudo qualitativo proporciona um entendimento mais profundo e integrado da QV considerando aspectos individuais do paciente.

Palavras-chave: Qualidade de vida, fissura palatina, prótese total, implantes dentários, envelhecimento.

ABSTRACT

Patients with cleft lip and palate (CLP) and edentulous patients are considered physically mutilated individuals. Although with different tooth loss etiologies, they both have functional and aesthetic limitations. Dental loss is associated with poor quality of life (QoL) because of decreased self-esteem and psychosocial function. The objective of this study was to evaluate, through a quantitative and qualitative analysis, the impact of oral rehabilitation on the quality of life of edentulous patients and CLP subjects. A convenience sample of 46 adult patients, composed of 15 men and 31 women, was divided into two groups: (G_CLP) with CLP (n=20) and (G_PTFI) with implant-supported fixed total prosthesis (n=20). OHIP-14 was used for quantitative QoL analysis. Data were analyzed by the additive method and Kruskal Wallis test. Patients with poor QoL scores in both groups (n=9) participated of qualitative phase performed with semi-structured interviews. The OHIP-14 results showed a significant difference between the two groups ($p < 0.05$). G_PTFI had worse QoL than G_FLP in all dimensions. In the qualitative analysis, before the oral rehabilitation of G_PTFI, the most affected dimensions were physical pain and physical incapacity. For G_CLP, the most affected dimensions were self-esteem and functional limitation. After the prosthetic treatment, G_CLP reported a considerable improvement in the psychosocial functions and a high degree of satisfaction with the treatment, although they also perceived a decrease in physical functions. G_PTFI reported improvement in all dimensions but were not satisfied with the overall treatment and aesthetics. OHIP-14 shows that QoL is affected by oral conditions but cannot detect the origin and magnitude of the problems by itself. The qualitative study provides a deeper and comprehensive interview understanding of QoL considering the individual aspects of each patient.

Keywords: Quality of life, cleft palate, complete denture, dental implants, aging.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Codificação descritiva dos relatos.....	32
Figura 2 - Distribuição das dimensões por cores.....	33
Figura 3 - Codificação analítica dos relatos.....	33
Figura 4- Relacionamento entre os temas: grupo PTFI.....	59
Figura 5- Relacionamento entre os temas: grupo FLP.....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Palavras-chaves do instrumento Oral Health Impact Profile (OHIP-14) de acordo com a dimensão a que pertencem.....	34
Tabela 2 – Características da amostra.....	38
Tabela 3- Escore mediado do OHIP-14 nos grupos FLP e PTFI.....	38
Tabela 4- Escore mediano para cada domínio do OHIP-14 nos grupos FLP e PTFI.....	39
Tabela 5- Ranking do Oral Health Impact Profile (OHIP-14), itens em ordem decrescente – Grupo FLP.....	39
Tabela 6- Ranking do Oral Health Impact Profile (OHIP-14), itens em ordem decrescente – Grupo PTFI.....	40
Tabela 7- Palavras-chaves identificadas a partir da codificação analítica das entrevistas para os grupos FLP e PTFI.....	41
Tabela 8 - Síntese dos resultados dos relatos das entrevistas referentes ao período anterior às reabilitações.....	47
Tabela 9 – Síntese dos resultados dos relatos das entrevistas referentes ao período após as reabilitações.....	48

LISTA DE SIGLAS

CERLAP- Centro de Reabilitação de Fissuras Palatinas

COREQ- Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

ENTREQ- Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research

FOPUCRS - Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

OHIP 14 – Oral Health Impact Profile

PT- Prótese total

PTFI - Prótese Total Fixa Implantossuportada

FLP- Fissuras labiopalatinas

QV- Qualidade de vida

SF-36 - Short-Form 36

SRQR- Standards for Reporting Qualitative Research

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1	FISSURAS LABIOPALATINAS.....	15
2.2	EDENTULISMO.....	17
2.3	ABORDAGENS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA.....	19
3	OBJETIVOS.....	23
3.1	OBJETIVOS GERAIS.....	23
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
4	MÉTODOS.....	24
4.1	AMOSTRA.....	24
4.2	PROCEDIMENTOS.....	24
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
5.1	CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA E RESULTADOS – ANÁLISE QUANTITATIVA.....	36
5.2	CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA E RESULTADOS – ETAPA QUALITATIVA.....	36
5.3	RELACIONANDO DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS.....	66
5.4	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	68
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
	REFERÊNCIAS.....	71
	ANEXOS.....	78

1 INTRODUÇÃO

A qualidade de vida (QV) é considerada uma construção global e multidimensional contendo atributos positivos e negativos, que podem ser aplicados em praticamente todos os domínios da vida (MACENTEE, 2007). Ela tem sido um indicador cada vez mais utilizado na avaliação de diversas áreas de cuidados da saúde, entre elas a saúde bucal (TAN et al., 2016). É cada vez mais notório que o impacto na QV deve ser considerado na análise das condições de saúde bucal e nos resultados do tratamento. Já é conhecido que o uso de indicadores clínicos não é suficiente para descrever o estado de saúde, visto que pessoas em condições incapacitantes podem perceber sua QV como melhor do que indivíduos saudáveis (MACK et al., 2005).

Os pacientes portadores de fissuras labiopalatinas (FLP) e os pacientes edentados podem ser considerados indivíduos fisicamente mutilados que, embora com etiologias diferentes de perda dentária, apresentam desconforto estético e dificuldades de fonação, mastigação e deglutição semelhantes (VOJVODIC et al., 1996). Problemas bucais podem ter impacto negativo na QV (TAN et al., 2016), pois diminuem a autoestima e prejudicam o convívio social. A perda dentária é um evento potencialmente traumático que causa o sentimento de envelhecimento precoce e de diminuição de valor do ser humano, independente da idade cronológica, posição social ou contexto cultural (NORDENRAM et al., 2013). A reabilitação bucal de pacientes com extensas mutilações bucais, fissurados e/ou edentados, pode ter impacto positivo na saúde geral, mastigação e fonação, bem como em outras dimensões sociais e psicológicas que caracterizam a qualidade de vida do indivíduo.

A reabilitação de pacientes com FLP não deve se restringir à correção de deficiências físicas ou funcionais, mas também devem ser avaliados os efeitos psicológicos e sociais dessas deformidades (HICKEY; SALTER, 2006). Apesar da satisfação com o tratamento, pacientes portadores de FLP continuam apresentando preocupações diretamente relacionadas com as fissuras (SEMB et al., 2005). Esse fato pode indicar que a reabilitação bucal pode não eliminar totalmente os fatores que contribuem para o relato de saúde geral e bucal deficiente relatado pelos pacientes e podem influenciar negativamente na QV (FOO et al., 2012).

Em relação aos pacientes totalmente edentados, o tratamento reabilitador mais utilizado são ainda as próteses totais (PTs) convencionais. No entanto, o resultado dessa reabilitação bucal é limitado, principalmente pela instabilidade das dentaduras inferiores e pela reabsorção do rebordo ósseo (MERICSKE-STERN et al., 2000). Essa instabilidade das PTs tem sido considerado um fator que afeta negativamente a QV dos pacientes (ALBAKER, 2012; YAMAGA et al., 2013; ALFADDA et al., 2015).

O presente estudo avaliou dois grupos com diferentes etiologias de perda dentária, com potenciais perspectivas diferentes em relação à qualidade de vida. O uso adicional de entrevistas individuais pode fornecer dados mais específicos que aprofundam a compreensão de questões sugeridas pelos achados quantitativos. Segundo Minayo (2010), a importância da pesquisa qualitativa se dá pela compreensão de que não podemos nos restringir apenas a dados estatísticos, devemos também analisar a percepção subjetiva dos sujeitos da pesquisa. A abordagem qualitativa responde a questões particulares e se ocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado.

Estudos qualitativos não são comuns na área odontológica. É um método que tende a ser cada vez mais explorado, pois essa abordagem subjetiva e individual resultará em um melhor atendimento clínico e um resultado reabilitador mais satisfatório tanto para o paciente, quanto para o profissional. A análise qualitativa, através de entrevistas individuais, aborda questões únicas para cada paciente. Essa análise subjetiva é importante uma vez que decisões clínicas devem ser tomadas observando aspectos individuais de cada sujeito, levando em consideração suas queixas, expectativas e histórias pregressas ao tratamento. Essa aproximação com o paciente e a individualização de cada caso permite que a reabilitação proporcione um resultado positivo no aspecto social e em sua percepção de qualidade de vida.

Assim, este trabalho busca analisar de forma quantitativa e qualitativa alguns aspectos de QV que podem contribuir para compreender melhor a percepção de sucesso ou insucesso em relação ao tratamento de reabilitação bucal em adultos. Isto poderia melhorar futuros atendimentos profissionais com uma abordagem mais individualizada e humanizada, que priorize os aspectos e as dimensões que são mais importantes para cada paciente, além da origem da perda

dentária e suas sequelas, que pode influenciar na satisfação pós-tratamento reabilitador e na QV.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Fissuras Labiopalatinas (FLP)

As FLP estão em segundo lugar dentre as mais frequentes deformidades congênitas (MOSSEY et al., 2009). A prevalência estimada de FLP é de aproximadamente 1/700 nascimentos apresentando variações étnicas e geográficas (MOSSEY et al., 2009). Segundo dados epidemiológicos, fatores ambientais, consumo de álcool, fumo, medicações e dieta nutricional deficiente podem estar associados à presença desse defeito congênito (BERNHEIM et al., 2006). As FLP estão associadas com perdas dentárias, deformidades estéticas, dificuldades fonéticas e mastigatórias.

As FLP são resultantes de falhas que acometem o período da 4^a a 10^a semana do período embrionário, nos eventos de migração, crescimento, diferenciação e apoptose celular. O lábio e o palato primário têm origem de desenvolvimento diferente do palato secundário, sendo assim, as fissuras podem envolver apenas lábio, apenas palato, ou ambos uni ou bilateralmente (BERNHEIM et al., 2006; MOSSEY et al., 2009).

O tratamento desses pacientes é complexo e abrangente, pois envolve uma equipe multidisciplinar desde a infância até a vida adulta. A equipe é integrada pela cirurgia plástica, cirurgia bucomaxilofacial, fonoaudiologia, enfermagem, psicologia, ortodontia, prótese dentária e assistência social (INCICI et al., 2009). O tratamento das fissuras não deve levar em consideração apenas aspectos técnicos e funcionais, mas também questões psicológicas e sociais desses pacientes (HICKEY; SALTER, 2006), visto que os defeitos faciais são facilmente perceptíveis e pode influenciar na saúde psicológica e nas relações sociais.

A insatisfação com a aparência facial é a principal causa de depressão e ansiedade nesses pacientes. Ramsted et al. (1995) observou que a depressão foi duas vezes mais prevalente em adultos fissurados que em um grupo controle. Berk (2001) sugeriu que adultos portadores de FLPs eram ansiosos e procuravam evitar o convívio social. Segundo Hickey e Salter (2006), pacientes fissurados se sentem envergonhados com sua aparência e com os seus dentes. Embora outros estudos defendam que as fissuras não resultam em grandes problemas psicossociais (HUNT et al., 2005) a literatura tem mostrado que elas afetam significativamente

alguns aspectos da vida, como o convívio social, a satisfação com a aparência, a ansiedade e depressão, o convívio familiar e aspectos econômicos (RAMSTAD et al., 1995; MARCUSSON et al., 2001; THOMPSON; KENT, 2001).

Benington et al. (1979) sugeriu que um dos pré-requisitos para o tratamento das FLP é o paciente ter uma boa compreensão das limitações do seu estado e do seu compromisso com a manutenção da higiene bucal durante o tratamento, pois ele é iniciado, em média, duas décadas antes dos resultados finais. O período de tratamento começa imediatamente após o nascimento e se estende até o final da adolescência ou além. Sendo assim, é difícil prever o resultado devido às questões de desenvolvimento físico do paciente e da sua cooperação (JEFFERY; BOORMAN, 2001).

As opções de tratamento são variadas e dependem das características individuais de cada caso, como condições dos tecidos, de suporte mucoso e ósseo, das condições dentárias, da extensão da fissura, das condições dos dentes remanescentes e da disponibilidade do paciente. Assim, a intervenção restauradora pode ser mínima ou extensa, associada a procedimentos cirúrgicos, ortodônticos e protéticos (MOORE; MCCORD, 2004).

Foo et al (2012) investigou, através de questionários estruturados, o impacto de reabilitações bucais na QV em um grupo de 88 pacientes com FLP. Não houve diferenças significativas entre sexo ou idade. Em relação à população normal, a amostra de fissurados teve a QV mais negativamente afetada.

Sinko et al (2005) avaliou a estética, função e QV de 70 adultos jovens portadores de FLP. A estética e a função foram avaliadas através de escala visual tanto por um profissional quanto pelo próprio paciente. A maioria dos pacientes relatou estética inferior em relação à avaliação dos profissionais e gostaria de melhorar a aparência do lábio superior e do nariz. Quanto à QV, o resultado foi inferior quando comparado com a população normal.

Oosterkamp et al (2007) aliou métodos quantitativos e qualitativos para avaliar a QV de pacientes fissurados após a reabilitação bucal. Em relação à estética, portadores de FLP mostraram estar menos satisfeitos nos dois métodos, em comparação ao grupo controle. Já nas questões funcionais, primeiramente não houve resultados estatisticamente significativos entre os grupos de fissurados e controle, porém numa segunda análise com entrevista aberta, 45% dos pacientes FLP relataram preocupações e problemas relativos ao seu estado.

Marcusson et al (2002) avaliou a autoimagem, a QV e a depressão em 68 pacientes portadores de FLPs. A maioria estava insatisfeita com a aparência. Essa questão estava intimamente relacionada com baixa QV e depressão.

Mani et al (2010) investigou a QV de 86 pacientes, através de questionários estruturados. Embora o resultado geral não tenha diferido significativamente da população normal, a pontuação para a questão “*saúde mental*” foi mais baixa para pacientes fissurados.

Oliveira et al. (2015) também analisou a QV, através de questionário estruturado, de três grupos: pacientes fissurados, seus pais e grupo controle. Embora não tenha sido observada nenhuma diferença entre os grupos, a média para “*aspectos emocionais*” foi inferior para pacientes portadores de FLP e seus pais em comparação com o grupo controle.

Embora a satisfação com o resultado do tratamento geralmente seja elevada, a maioria dos estudos têm mostrado que os pacientes continuam com preocupações em relação a questões morfológicas e funcionais ligadas diretamente às fissuras, como por exemplo, a estética do nariz, lábio superior e perfil facial, além de problemas na fala. Essa insatisfação com a aparência está diretamente relacionada à baixa QV quando comparados com sujeitos saudáveis. (RAMSTAD et al., 1995; THOMAS et al., 1997; MARCUSSON et al., 2002; SEMB et al., 2005; SINKO et al., 2005; OOSTERKAMP et al., 2007; MANI et al., 2010; FOO et al., 2012).

2.2 Edentulismo

O número de pacientes edentados na sociedade é considerável e há tendência de aumento desse grupo ao longo dos anos, o que pode ser explicado pelo aumento da expectativa de vida (THOMASON et al., 2003). Apesar dos avanços de programas de prevenção, estima-se que um número substancial de pacientes mais idosos ainda experimentará alguma forma de perda dentária (ADAM, 2006). Essa experiência está associada à baixa QV, pois engloba uma diminuição da capacidade funcional, perda de status social e baixa autoestima (NORDENRAM et al., 2013). A perda de dentes pode afetar atividades funcionais diárias e essenciais para a vida, como comer e falar (BRENNAN et al, 2010).

O plano de tratamento mais usual para esses pacientes são as próteses totais convencionais. Elas são amplamente utilizadas pois seu custo não é muito alto, são esteticamente aceitáveis e são fáceis de higienizar. Teoricamente, as funções normais podem ser recuperadas dentro de um curto período de tempo (ANASTASSIADOU; ROBIN, 2006).

O sucesso desse tratamento é relativo e varia muito entre os pacientes pois ele depende, principalmente, da estabilidade e da retenção alcançadas (HEYDECKE et al, 2003). Alfadda et al (2015) concluiu que a estabilidade das PTs superiores e inferiores é o parâmetro que afeta mais significativamente a QV do paciente, sendo que a instabilidade da PT mandibular é a principal responsável pela dificuldade de mastigação e pela perda da QV (KOMAGAMINE et al., 2012; YAMAGA et al., 2013). Souza et al. (2009) sugere que qualquer prótese que seja removível, mesmo tecnicamente ótima, oferece alguma limitação funcional para seus usuários. O sucesso de qualquer tratamento protético depende tanto da análise clínica quanto da satisfação pessoal do paciente (GARRETT et al., 1996).

A reabilitação bucal com próteses totais tem demonstrado impactos negativos tanto em questões funcionais quanto em dimensões sociais e psicológicas (NORDENRAM et al., 2013). Braga et al. (2002) relatou que o uso de PTs não restabelece por completo a função mastigatória dos dentes naturais. Pacientes portadores de PTs apresentam 1/6 da capacidade mastigatória que pessoas com dentição natural. Esses impactos negativos devido a dificuldades funcionais podem levar os pacientes a abandonarem o uso de suas próteses (SOUZA et al., 2009).

Albaker (2013) avaliou a QV em pacientes portadores de PTs mono e bimaxilar, através de questionários estruturados. Em ambos os grupos os escores eram condizentes com baixa QV, porém portadores de prótese bimaxilar mostraram-se com pior QV em relação aos portadores de PTs monomaxilar. O estudo concluiu que os pacientes em geral eram insatisfeitos com suas próteses, principalmente com questões relativas à fala, mastigação e restrição de alimentos.

A introdução de implantes dentários, com o objetivo de estabilizar PTs convencionais, tende a diminuir essas limitações funcionais (ALLEN; LOCKER, 2002). Os implantes dentários podem aumentar a função mastigatória, reduzir a perda óssea progressiva e devolver estética e função, causando um impacto positivo na qualidade de vida dos indivíduos (TRULSSON et al, 2002; HARRIS et

al., 2013; THOMASON, 2012). Harris et al. (2013) comparou a QV entre um grupo com PTs convencionais e outro grupo com próteses sobre implantes. O grupo que recebeu a prótese implantossuportada apresentou melhoras significativas na QV.

Muitos estudos concluem que reabilitação bucal com implantes dentários tem um impacto positivo na qualidade de vida em comparação com PTs convencionais, pois devolvem uma condição funcional semelhante aos dentes naturais (THOMASON, 2012; BRAMANTI et al., 2013; COMPAGNONI et al., 2014; KASHBOUR et al., 2015; YUNUS et al., 2015).

2.3 Abordagens quantitativa e qualitativa na avaliação da qualidade de vida (QV)

Sischo e Broder (2011) definiram QV como *“a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*, logo a QV pode ter significados exclusivos para cada pessoa (PRUTKIN; FEINSTEIN, 2002).

Vários estudos e instrumentos têm sido desenvolvidos para avaliar como os problemas bucais afetam a QV dos indivíduos. Estes estudos têm sido dominados quase exclusivamente por modelos quantitativos utilizando questionários estruturados (SLADE; SPENCER, 1994; 1997; OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005; LOCKER; ALLEN, 2007.).

Um dos instrumentos mais comumente utilizados para análise quantitativa de qualidade de vida é o *“Oral Health Impact Profile – OHIP”* (SLADE; SPENCER, 1994; 1997; LOCKER; ALLEN, 2007; ALBAKER, 2012; TAN et al., 2016). O OHIP mede a percepção das pessoas sobre os impactos adversos das condições orais sobre o bem estar e a QV (SLADE; SPENCER, 1994). A versão completa do OHIP é composta por 49 questões que abrange sete dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade social, incapacidade psicológica e deficiência (SLADE; SPENCER, 1994). Na sua forma completa este questionário pode apresentar dificuldades de execução por exigir tempo excessivo para a bateria de perguntas. Slade (1997) propôs uma versão reduzida com 14 perguntas (OHIP-14), na qual aborda duas perguntas por dimensão. O escore varia de 0 a 56 pontos e oferece cinco alternativas para cada

questão: nunca (0), raramente (1), às vezes (2), repetidamente (3) e sempre (4). Essa versão foi validada e mostrou boa confiabilidade e precisão (SLADE, 1997).

Estes questionários estruturados geralmente são baseados em itens de importância abordados em grandes grupos, excluindo questões importantes para uma minoria de pacientes (GUYATT; COOK, 1994). Esse fato é importante e deve ser levado em consideração, uma vez que decisões clínicas devem ser tomadas observando aspectos individuais de cada sujeito.

Medidas globais que avaliam QV devem contemplar as perspectivas dos pacientes, porém muitas delas têm sido criticadas por refletirem preocupações dos profissionais da área da saúde ao invés de abordarem questões que os pacientes consideram relevantes (BOWLING, 1995; LEPLEGE; HUNT, 1997; CARR; HIGGINSON, 2001).

Alguns estudos qualitativos mostraram que os questionários existentes não abrangem todas as percepções e opiniões que são levantadas pelo paciente entrevistado (MCENTEE, 1996; TRULSSON et al, 2002; SMITH, 2005). Ainda que medidas quantitativas avaliem a frequência com que ocorrem determinados fatos, não avaliam o impacto causado nos indivíduos que respondem aos questionários (LOCKER; ALLEN, 2007).

O principal meio para que as perspectivas dos pacientes sejam estudadas é através da pesquisa qualitativa (GUYATT; COOK, 1986). Pesquisas qualitativas disponibilizam experiências pessoais mais profundas e flexíveis (TRULSSON et al., 2002; RITCHIE et al., 2003). Esse método também é usado para explorar dados quantitativos em maior profundidade, principalmente quando os achados numéricos são insuficientes para compreender percepções e opiniões (ZARB; SCHIMITT, 1995; BLINKHOR, 2000).

A diferença entre essas duas abordagens é de natureza e não de hierarquia. Quando utilizadas em conjunto podem ser compatíveis. Há entre eles uma oposição complementar que pode produzir resultados ricos em informações.

Segundo Minayo (2010):

(...) o endeusamento das técnicas produz um formalismo árido ou respostas esteriotipadas. Seu desprezo, ao contrário, leva ao empirismo sempre ilusório em suas conclusões, ou a especulações abstratas e estéreis.

Ainda de acordo com Minayo (2010):

Nenhuma teoria dá conta de explicar ou interpretar todos os fenômenos e processos(...) A realidade não é transparente e é sempre mais rica e mais complexa do que o nosso limitado olhar e o nosso limitado saber. Porém ela fundamenta nosso caminho do pensamento e da prática, além de construir o plano interpretativo (...).

Locker e Allen (2007) sugere que se empregue uma abordagem subjetiva em conjunto com classificações globais, como questionários estruturados. Assim uma visão individual de qualidade de vida pode ser expressa e também proporciona um significado para as pontuações das medidas quantitativas.

Boretti et al. (1995) sugeriu que indicadores clínicos sozinhos podem não ser suficientes para capturar os aspectos funcionais e psicossociais dos pacientes, uma vez que não captam suas necessidades ou percepções. Ele ainda sugere que o acesso a visão subjetiva é a maneira mais eficiente para analisar o resultado funcional do tratamento com próteses.

Como a pesquisa qualitativa não é amplamente utilizada na área da odontologia, a compreensão de sua aplicação e de seu alcance ainda é limitada (POPO; MAYS, 1995). Além disso, não existe nenhuma estrutura consistente na literatura para qualquer tipo de desenho qualitativo.

Com o objetivo de ajudar os pesquisadores a relatar aspectos importantes da metodologia e do estudo qualitativo, Tong et al. (2007) desenvolveu uma lista de verificação com 32 itens - Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) contendo critérios que devem ser considerados ao realizar um trabalho qualitativo. Esses 32 itens de seu *checklist* foram divididos em três domínios: (1) equipe de pesquisa e reflexividade, (2) desenho do estudo e (3) análise de dados e relatório. O guia COREQ foi desenvolvido para promover a comunicação explícita e abrangente de estudos qualitativos. Seus itens específicos auxiliam no esclarecimento das questões subjetivas abordadas e abrangem todos os componentes necessários e que devem ser relatados no desenho da pesquisa.

O'Brien et al. (2012) formulou normas para os relatórios de pesquisa qualitativa, preservando a flexibilidade necessária para acomodar vários

paradigmas, abordagens e métodos. O SRQR - Standards for Reporting Qualitative Research é composto por 21 itens. Esses itens foram divididos nos seguintes tópicos: 1. Título e resumo; 2. Introdução; 3. Metodologia 4. Resultados; 5. Discussão. Nesse trabalho, os autores ainda definiram e explicaram os elementos-chaves de cada item citado e forneceram exemplos de artigos publicados recentemente para ilustrar as formas em que uma padronização pode ser alcançada. O SRQR visa melhorar a transparência em todas as etapas da pesquisa qualitativa, fornecendo normas claras que ajudarão os pesquisadores durante a preparação de seus relatórios.

Ao considerar e seguir estas normas e recomendações no início de um estudo qualitativo, aumenta-se a confiabilidade e o controle dos procedimentos e da tomada de decisões. Esses *guidelines* opõe-se aos critérios genéricos que são aplicáveis aos relatórios de pesquisa. Iniciativas como a de Tong et al. (2007) e O'Brien et al. (2014) promovem a melhoria da qualidade dos estudos qualitativos, o que, indiretamente, levam a uma melhor conduta e um maior reconhecimento da pesquisa qualitativa como esforço científico.

Com base nesse referencial teórico, respeitando e compreendendo as limitações, indicações e os diferentes objetivos de cada uma dessas abordagens metodológicas, o presente estudo avaliou dois grupos com diferentes etiologias de perda dentária, o que pode gerar perspectivas diferentes em relação à qualidade de vida. A combinação de questionários estruturados com entrevistas individuais oferece dados mais ricos e mais específicos que podem aprofundar a compreensão de questões sugeridas pelos achados quantitativos.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar o impacto da reabilitação bucal na qualidade de vida de participantes edêntulos e de portadores de fissuras labiopalatinas em adultos.

3.2 Objetivos Específicos

Comparar a qualidade de vida, através de um questionário estruturado, de um grupo de participantes portadores de fissuras labiopalatinas após a reabilitação com prótese dentária em relação a um grupo de participantes edêntulos reabilitados com prótese total superior convencional e protocolo inferior.

Analisar as percepções e opiniões de participantes fissurados e edêntulos antes e depois de reabilitação bucal com próteses.

4. MÉTODOS

Este estudo foi aprovado pelo CEP-PUCRS (Nº 1.559.250) e registrado na Plataforma Brasil (CAAE - 55680416.8.0000.5336).

Tem delineamento observacional, descritivo, correlacional, com uma abordagem quantitativa e qualitativa.

4.1 Amostra

A amostra de conveniência é constituída por 46 pacientes que foram atendidos nas clínicas do Departamento de Prótese da Faculdade de Odontologia da PUCRS e do Centro de Reabilitação de Fissura Labiopalatina (CERLAP/PUCRS), que preencheram os critérios de elegibilidade e aceitaram participar do estudo, com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A) após explicação do projeto de pesquisa.

Os critérios de elegibilidade foram:

Critérios de inclusão: idade mínima de 20 anos; ausência de sintomas musculares e/ou dolorosos espontâneos na face ou na cavidade bucal; boas condições de saúde geral e bucal; pacientes portadores de FLP já submetidos a procedimento cirúrgico para fechamento da fissura.

Critérios de exclusão: uso de medicamentos que interfiram nos resultados (ex.: ansiolíticos, antidepressivos, antiparkinsonianos); presença de doença periodontal ativa; ocorrência de cirurgia bucomaxilofacial recente (= período inferior a seis meses);

Os participantes selecionados compuseram dois grupos:

- 1) portadores de fissuras labiopalatinas reabilitados com prótese dentária;
- 2) edentulos reabilitados com prótese total superior e protocolo inferior;

4.2 Procedimentos

Os dados quantitativos foram coletados em um único momento através de questionários estruturados.

4.2.1 Anamnese e exame físico

A anamnese e o exame físico foram padronizados utilizando ficha clínica específica para coleta de dados sócio-demográficos, de saúde geral e de saúde bucal (ANEXO B).

4.2.2 Avaliação quantitativa da QV

A análise quantitativa de QV foi realizada através do uso do instrumento OHIP-14 (SLADE, 1997) (ANEXO C). O questionário foi respondido individualmente por cada paciente, após a explicação verbal de seu objetivo e do modo de resposta.

A análise foi realizada pelo método aditivo (SLADE, 1997; BRAMANTI et al., 2013), ou seja, o escore total foi calculado pela soma dos escores de todos os itens do questionário. Os dados obtidos foram analisados pelo teste de Kruskal Wallis, ao nível de significância de 0,05, para a comparação entre os escores médios de cada grupo.

4.2.3 Avaliação qualitativa da QV

Os participantes que estiveram na faixa de 25% de pontuação mais alta no OHIP-14 (escores associados à baixa qualidade de vida) foram convidados a participar da análise qualitativa.

Os procedimentos metodológicos foram baseados no trabalho de O'Brien et al. (2014), e seguiram as recomendações do ENTREQ - *Enhancing Transparency in Reporting the Synthesis of Qualitative Research*. Foi utilizado também o *checklist Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*, proposto por Tong et al. (2007), com a finalidade de obter transparência e qualidade na realização desse trabalho. O *checklist* do presente estudo está anexado ao final deste trabalho (ANEXO D). A metodologia para análise de dados teve como referência os livros de Gibbs (2009) e de Minayo (2010; 2011).

Abordagem qualitativa

Essa etapa do estudo foi realizada através da descrição de casos e da análise comparativa entre os dois grupos com diferentes etiologias de perda dentária em relação ao impacto das suas reabilitações bucais na QV, através de entrevistas individuais semi-estruturadas. O estudo de casos e o método comparativo foram escolhidos, pois proporcionam tanto a compreensão de fenômenos individuais de cada indivíduo, quanto à análise mais profunda de opiniões e representações de um mesmo grupo com iguais características, tendo em vista que costumam ter pontos em comum ao mesmo tempo em que possuem singularidades próprias (MINAYO 2010; GIBBS 2009). A entrevista individual foi o meio escolhido, visto que é um método eficiente para trabalhar pessoas como casos e com perspectivas comparativas, pois permite uma triangulação com diferentes métodos (FLICK, 2009).

Características do pesquisador e reflexividade

O entrevistador foi um profissional do sexo feminino, formado em odontologia, especializado em prótese dentária e autor do trabalho, que não possuía vínculo prévio com os entrevistados, ou seja, sem qualquer tipo de conhecimento ou envolvimento pessoal no tratamento da reabilitação e na aplicação ou no resultado do questionário quantitativo OHIP-14. O entrevistador foi submetido a um treinamento prévio à realização das entrevistas com o intuito de padronizar seu comportamento diante de diferentes respostas e situações. Segundo Gibbs (2009) essa fase de treinamento é importante em abordagens qualitativas, pois nos permite preparar a aplicação de nossos métodos da melhor forma possível, bem como nos familiarizar com ele e com os temas que serão abordados.

Por se tratar de um assunto muito pessoal e muitas vezes delicado, o pesquisador buscou estabelecer uma relação de confiança com os participantes desde o primeiro contato. Os participantes foram convidados a participar da entrevista através de ligação telefônica e a partir deste momento se deixou claro que a participação era voluntária e que seu consentimento poderia ser retirado a qualquer momento sem prejuízo pessoal algum. Também foi assegurado o

anonimato e o sigilo de todos os dados. Ainda na busca da relação de confiança foi realizado um diálogo inicial, antes da entrevista, para perceber se os futuros entrevistados estavam disponíveis e abertos para compartilhar suas experiências individuais e para criar um ambiente favorável em que se sentissem confiantes para a conversa. Essas medidas foram tomadas de acordo com as sugestões de Minayo (2011) para a entrada do pesquisador no campo de pesquisa, pois segundo a autora é fundamental o envolvimento do entrevistado com o entrevistador para o aprofundamento da investigação.

O compromisso fundamental do entrevistador nesse trabalho foi enxergar os relatos pelos olhos dos entrevistados e envolveu também o compromisso com a observação de eventos, ações e valores da perspectiva dos casos estudados. Segundo Gibbs (2009), o pesquisador deve ser sensível ao conflito de perspectivas entre os casos analisados e a pessoa que está analisando. Ao escrever uma pesquisa qualitativa devemos ser transparentes ao proceder em relação ao modo como chegamos a resultados e conclusões, ou seja, possibilitar ao leitor o entendimento de como e porque foi realizada cada etapa do trabalho. Ao final do estudo, o pesquisador pretende que os leitores tenham recebido informações suficientes para decidirem se teriam feito da mesma maneira ou se teriam chegado às mesmas conclusões ou não do pesquisador. Esta conduta aumenta a qualidade de pesquisas qualitativas.

Estratégia de amostragem

A amostragem dessa etapa foi intencional, com o intuito de buscar explicação para escores elevados do questionário OHIP-14 (escores associados à baixa QV), que foram aplicados na primeira etapa quantitativa da pesquisa. Os sujeitos selecionados para participar das entrevistas foram aqueles que estavam na faixa de 25% de pontuação mais alta no OHIP-14, com a finalidade de analisar mais profundamente e individualmente as causas do alto escore.

Questões éticas do estudo

O presente estudo foi aprovado pela Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS via Plataforma Brasil e os participantes assinaram o termo de

consentimento livre e esclarecido após explicação do projeto de pesquisa no primeiro encontro presencial com a pesquisadora (ANEXO A).

Na sessão da fase qualitativa do trabalho, os participantes foram novamente informados verbalmente dos objetivos da pesquisa, que a sua participação era voluntária, que podiam retirar seu consentimento a qualquer momento e foi esclarecida qualquer dúvida relativa ao estudo. Também foram assegurados o anonimato e o sigilo de todos os dados. Todos os nomes dos participantes foram substituídos por pseudônimos para garantir o anonimato e a confidencialidade. O mesmo aconteceu com nomes de funcionários, professores ou alunos da FOPUCRS que foram citados pelos entrevistados. Em momento posterior à entrevista, os participantes foram convidados a avaliar a transcrição de suas falas para garantir a integridade na interpretação de seus relatos.

Método de coleta de dados

A coleta qualitativa de dados foi realizada no mês de setembro de 2016. Todas as entrevistas foram individuais e gravadas na clínica do CERLAP da FOPUCRS, em um ambiente reservado, na presença apenas do entrevistador, para que os pacientes se sentissem à vontade e relatassem livremente suas experiências sociais e funcionais, descrevendo dificuldades ou melhoras após a reabilitação bucal. Este contexto foi favorável para que os pacientes se sentissem confiantes e abertos para expor os pontos de vista subjetivos e pessoais de cada um (TRULSSON et al., 2002; SMITH et al., 2005; GIBBS, 2009; OOSTERKAMP et al., 2007).

A frequência das entrevistas foi de no máximo uma entrevista por turno, ou seja, duas por dia, para evitar que os pacientes se encontrassem ou que as entrevistas fossem interrompidas por falta de tempo para sua realização. Isto também facilitou as transcrições, pois foram realizadas à medida que as entrevistas aconteceram.

A coleta de dados foi planejada com o uso de uma entrevista semi-estruturada, a qual seria guiada pelo entrevistador quando necessário, tendo os seguintes tópicos norteadores:

- 1- “Como você se sente após a reabilitação com as novas próteses dentárias?”
- 2- “O resultado do tratamento atendeu às suas expectativas?”
- 3- “Em que aspectos sua reabilitação influenciou (positiva ou negativamente) nas suas atividades diárias?”
- 4- “Existem atividades que você retomou ou deixou de fazer após o seu tratamento dentário?”
- 5- “Você está satisfeito com a estética?”
- 6- “Suas dificuldades funcionais foram solucionadas?”
- 7- “Como está sua alimentação agora?”
- 8- “Você gostaria de expor alguma questão ou experiência importante para você, que ainda não foi abordada nesta entrevista?”

O pesquisador ouviu com atenção a todos os relatos dos entrevistados e incentivou o desenvolvimento de fatos importantes narrados para obtenção de detalhes. Também tomou nota de aspectos que considerou importante no contexto da entrevista, como por exemplo, emoções, reações e linguagem corporal.

Em alguns casos, a entrevista ocorreu em forma de narração do participante, sem a intervenção do entrevistador e a realização das perguntas previamente estabelecidas. A narrativa foi uma forma natural e espontânea que os pacientes encontraram para transmitir suas experiências pessoais e também atender algumas das suas necessidades psicológicas. Segundo Gibbs (2009) a pesquisa qualitativa é flexível e permite mudanças caso não contemplem as perspectivas dos entrevistados.

Instrumentos utilizados na coleta de dados

A entrevista foi registrada com um mini gravador MP3 digital de áudio da marca Sony fabricado na cidade de Tóquio/Japão, modelo Icd-Px440. O áudio foi transferido para um computador pessoal, digitalizado em formato mp3 e executado enquanto o pesquisador digitava a transcrição das entrevistas.

Processamento de dados

As falas foram transcritas na íntegra pelo próprio pesquisador. A transcrição é uma etapa muito importante no processo de geração de dados, pois é uma manobra de mudança de meio e reflete questões de precisão, fidelidade e interpretação.

As transcrições foram realizadas apenas pelo entrevistador. Essa escolha foi feita devido a ele estar ciente do contexto da entrevista, possuir familiaridade com os temas abordados, bem como, para permitir o início da análise. O tempo de duração das entrevistas variou entre 40 minutos e 1 hora e 15 minutos; o tempo de transcrição de cada entrevista variou entre três horas e 30 minutos e quatro horas. Flick (2009) sugere que o tempo de transcrição de uma entrevista de 90 minutos, por exemplo, deve ser multiplicado por um fator de quatro. Logo, nosso tempo de transcrição esteve de acordo com essa referência.

As transcrições foram realizadas na íntegra, pois o corte de partes do relato poderia resultar em perda do conteúdo e em dificuldade de interpretação dos dados. Também foi levado em consideração que as idéias iniciais do que foi decidido transcrever ou não poderiam ser diferentes das que foram desenvolvidas até o final do estudo.

Algumas convenções foram utilizadas na hora das transcrições. A pontuação foi usada com moderação, apenas para melhorar a legibilidade e refletir a forma como o entrevistado se expressou. Áspas foram usadas quando o entrevistado citou outra pessoa ou a própria fala em contextos passados. Parênteses foram usados para comunicação não verbal do entrevistado, como por exemplo: (risos), (pausa), etc. Novas notas descritivas foram usadas durante as transcrições sobre dados relativos às circunstâncias em que a entrevista ocorreu e que o entrevistador considerou importante.

As falas interrompidas ou que não seguiam as regras gramaticais foram mantidas para que não fosse perdida a exatidão de como os entrevistados estavam se expressando no momento da entrevista. Foram mantidos também dialetos e expressões locais. Esta fase inicial de processamento de dados foi realizada mantendo-se os nomes originais dos entrevistados, pois a familiaridade com esses nomes foi necessária para evitar erros nessa etapa. Em seguida, os nomes foram substituídos por pseudônimos para garantir o anonimato e a confidencialidade. O mesmo aconteceu com nomes de funcionários, professores ou alunos da FOPUCRS que foram citados.

As transcrições foram conferidas com a fala original para que fosse eliminado qualquer erro de digitação, do corretor ortográfico ou de audição. Em seguida, as transcrições foram impressas respeitando-se o número de linhas (para melhor visualização da posição dos relatos na entrevista completa), as margens e o espaçamento entre linhas, possibilitando espaço adequado para a etapa de codificação. Os dados foram analisados manualmente, o que permitiu trabalhar e explorar os dados no papel, com flexibilidade e facilidade de acesso.

Análise de dados

Para a análise de conteúdo tanto dos casos individuais quanto de forma comparativa entre os grupos, foi realizada a codificação temática dos dados obtidos nas entrevistas. Segundo Bardin (1979) *“o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”*. Nesse caso, um tema foi representado através de palavras-chaves que o representasse. E *a priori* foram baseadas nas sete dimensões do instrumento OHIP-14.

A codificação envolve a leitura cuidadosa das entrevistas, linha por linha, gerando, primeiramente, uma codificação descritiva e, depois, sucessiva etapa de recodificação analítica. As codificações foram realizadas e analisadas pelo próprio pesquisador devido à bagagem conceitual que ele possui, ou seja, o registro de seus pensamentos e idéias sobre as questões da pesquisa no início e durante todo o processo de investigação, para aumentar a confiabilidade dos dados.

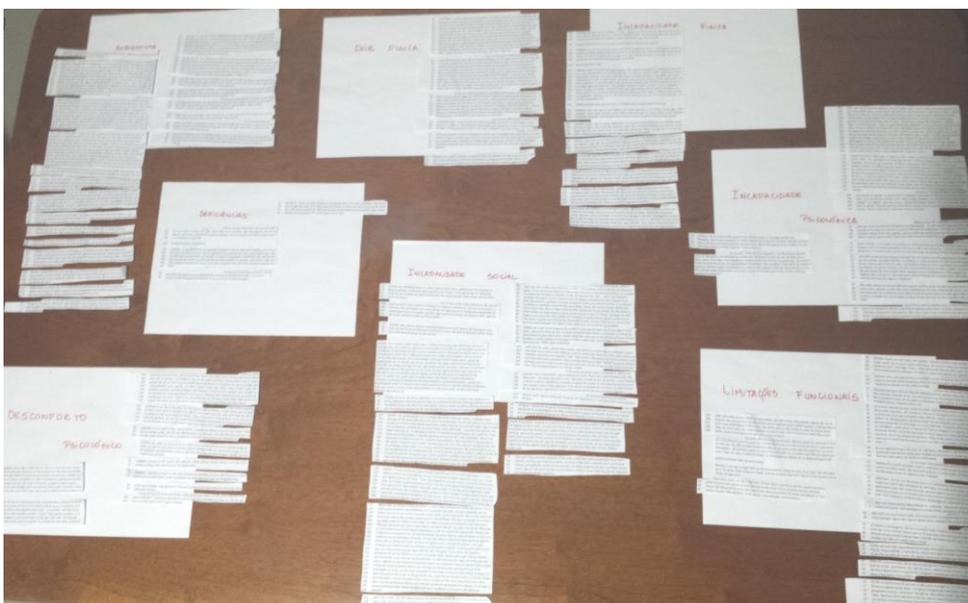
Em um primeiro momento, as transcrições foram codificadas de forma descritiva com base nas sete dimensões do OHIP-14: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiências. Ou seja, um trecho da entrevista era classificado na dimensão que ele melhor descrevesse (Figura 1); os trechos que não eram representados por nenhum dos sete temas foram temporariamente reservados.

Em um segundo momento, foi realizada uma codificação analítica, na qual os trechos de entrevista foram analisados em profundidade e categorizadas em uma ou mais dimensões, pois neste momento foram investigadas as razões pelas quais os temas e subtemas eram explicados. Nesta fase analítica ocorreu a

decomposição dos dados e as partes foram relacionadas conforme seu significado dominante. Nessa fase da análise de dados, cada dimensão foi identificada com uma cor diferente, possibilitando uma análise visual de todas as dimensões envolvidas em um único trecho da entrevista (Figura 2).

Os relatos foram reunidos de acordo com todas as dimensões que representavam e para aqueles que não se encaixavam em nenhum dos sete temas pré-definidos foi necessária a criação de dois novos temas: autoestima e dor emocional (Figura 3).

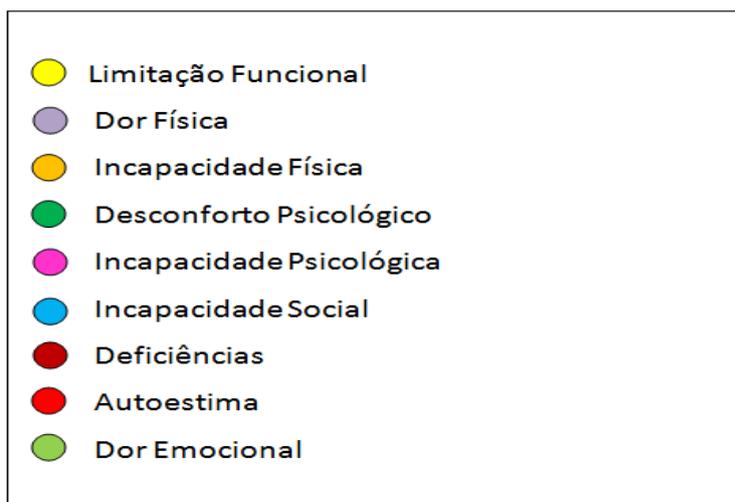
Figura 1- Codificação Descritiva



Fonte: A autora (2016).

Nota: Os trechos das entrevistas foram decompostos e agrupados de acordo com a dimensão do OHIP-14 que melhor se enquadravam (limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, Incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiências), nesse momento os relatos que não se enquadravam em nenhum desses temas foram reservados.

Figura 2- Distribuição das dimensões por cores



Fonte: A autora (2016).

Nota: Cada uma das nove dimensões recebeu uma cor com a finalidade de facilitar a análise visual dos trechos das entrevistas e suas relações.

Figura - Codificação Analítica



Fonte: A autora (2016).

Nota: Os trechos dos relatos passaram a ser decompostos e analisados mais profundamente, sendo realocados em uma ou dimensão que ele representasse (limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, Incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social, deficiências, autoestima e dor emocional).

Em seguida, os textos foram relidos e os termos fundamentais que ilustram e identificam uma determinada dimensão foram destacados. Esses termos serviram como palavras-chave e justificaram a codificação para um determinado trecho da fala (Tabela 1).

Os dados foram inseridos em duas tabelas: uma para os relatos referentes a situações ou experiências vivenciadas antes das reabilitações (ANEXO E) e outra com os dados obtidos da situação atual dos participantes após a reabilitação protética (ANEXO F). As tabelas possuem títulos em coluna para cada grupo (coluna 1 para portadores de FLP e coluna 2 para portadores de PTFI) e uma linha para cada dimensão encontrada. Os resumos relevantes das transcrições foram descritos mostrando os textos provenientes do conjunto de dados para permitir tanto a análise individual de cada caso quanto uma comparação entre casos e entre grupos. Durante todo o processo de análise as idéias, as hipóteses preliminares e as reflexões teóricas foram descritas em notas ou memorandos.

Tabela 1- Palavras-chaves do instrumento Oral Health Impact Profile (OHIP-14) de acordo com a dimensão a que pertencem

Dimensões (OHIP-14)	Palavras-chaves
Limitação Funcional	Dificuldade em pronunciar palavras Paladar piorou
Dor Física	Dores na boca Desconforto para mastigar
Incapacidade Física	Alimentação prejudicada Parar refeições
Desconforto Psicológico	Sentir-se preocupado Sentir-se tenso
Incapacidade Psicológica	Dificuldade em relaxar Sentir-se envergonhado
Incapacidade Social	Sentir-se irritado Dificuldade com atividades
Deficiências	Vida em geral piorou Capacidade de trabalho reduzida

Fonte: A autora (2016).

Nota: Palavras-chaves obtidas das dimensões do instrumento Oral Health Impact Profile (OHIP-14).

Técnicas utilizadas para melhorar a confiabilidade

As entrevistas transcritas foram recontextualizadas garantindo que as categorias criadas e as pré-existentes foram suportadas pelos dados adquiridos. Por fim, foi realizada uma triangulação entre as metodologias abordadas neste estudo para verificar os resultados qualitativos em relação aos quantitativos e garantir um aumento da qualidade do presente estudo (STRAUSS; CORBIN, 1998; TRULSSON et al., 2002; SMITH et al., 2005; RITCHIE et al., 2003; BOWER; SCAMBLER, 2007; MINAYO, 2010; GIBBS, 2009; O`BRIEN et al., 2014).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Características da amostra e resultados – análise quantitativa

O questionário OHIP-14 foi respondido por um total de 47 pacientes, sendo 20 participantes do grupo portadores de fissura labiopalatina (G_FLP) e 26 do grupo usuários de prótese protocolo inferior e PT superior (G_PTFI). Houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0.05$) entre as médias de escore total do OHIP-14. O grupo PTFI teve uma média quase duas vezes maior do que o grupo FLP (Tabela 2). Os escores médios do grupo PTFI também foram superiores em todas as dimensões, exceto para limitação funcional, em que as médias entre os grupos foram semelhantes (Tabela 3). Pelo método aditivo, o grupo PTFI também obteve os escores mais elevados e responderam mais frequentemente as alternativas “repetidamente” e “sempre”.

As tabelas 4 e 5 exibem, em ordem decrescente, o ranking das dimensões do OHIP-14 que foram mais pontuadas para ambos os grupos. As questões relativas à vergonha, preocupação e tensão em relação aos problemas dentários lideraram o ranking nos dois grupos. Já as questões sobre dificuldades de realizar atividades diárias e capacidade de trabalho reduzida foram as menos pontuadas.

5.2 Características da amostra e resultados - análise qualitativa

Este trabalho possibilitou analisarmos em profundidade alguns dos aspectos relativos à condição bucal dos pacientes portadores de fissura palatina e de pacientes edentados que são considerados, por eles mesmos, relevantes e que influenciaram ou ainda influenciam diretamente sua QV.

Foram selecionados cinco pacientes portadores de FLP para participar da entrevista, porém não conseguimos contato com um dos participantes. Os outros quatro aceitaram participar da pesquisa, sendo que três deles de prontidão e um apresentou certa resistência, mas acabou concordando em participar. Todos os pacientes eram do sexo feminino e as idades variavam entre 30 e 52 anos. O nível socioeconômico desse grupo foi considerado baixo. Três são “do lar” e uma é professora do estado. Os pacientes foram reabilitados com próteses fixas, com

exceção de uma paciente que ainda estava finalizando o tratamento. Previamente, os pacientes estavam reabilitados provisoriamente com próteses removíveis.

Em relação ao segundo grupo (PTFI), foram selecionados sete pacientes, porém apenas cinco deles participaram do estudo. Um recusou sua participação e o outro não estava disponível por motivos de saúde. No total foram entrevistados quatro pacientes do sexo feminino e um paciente do sexo masculino. As idades variaram entre 54 e 74 anos e o nível socioeconômico desses pacientes foi considerado baixo. Três estavam aposentados e dois ainda exerciam alguma atividade remunerada. Esse grupo estava reabilitado com prótese total convencional bimaxilar antes da substituição por prótese total superior e prótese protocolo inferior. Todos os participantes, de ambos os grupos, compareceram à clínica do CERLAP, na data e hora marcada, e foram receptivos às informações relativas à entrevista e aos objetivos da pesquisa. Em geral, mostraram-se abertos e empolgados com a possibilidade de contar suas histórias. Isso se confirmou desde o início, no contato por telefone, pela facilidade de aceitação do convite, até o final da entrevista, pela maneira em que todos os pacientes agradeceram pela oportunidade da “*conversa*” e por terem sido “*escutados*”. Apenas uma paciente do grupo de FLP não se mostrou aberta e durante todo o período da entrevista demonstrou incômodo e desconforto em relatar sua vivência sobre os assuntos abordados.

Após a análise das entrevistas, alguns temas evidenciaram novos subtemas, ou seja, novas palavras-chaves diferentes daquelas utilizadas *a priori* e que foram baseadas no instrumento OHIP-14 (Tabela 6).

Os trechos das entrevistas geraram um total de nove temas, sendo sete deles baseados no instrumento OHIP-14 e dois criados para alocar falas que as dimensões do OHIP não captaram e que foram citadas repetidamente, refletindo diretamente a QV desses pacientes. As duas novas dimensões criadas foram: autoestima e dor emocional. As tabelas 7 e 8 mostram a síntese de resultados dessa etapa analítica qualitativa. A seguir os desfechos são expostos por temas e ilustrados com os relatos que melhor o representam.

Tabela 2- Características da amostra (n=46)

	FLP (n=20)		PTFI (n=26)			
	IDADE (anos)	Média	29,2	Média	62,4	
Mínimo		20	Mínimo	49		
Máximo		49	Máximo	74		
Desvio Padrão		8,7	Desvio Padrão	7,6		
	n	(%)	n	%		
GÊNERO	Feminino	15	75	Feminino	16	61,5
	Masculino	5	25	Masculino	10	38,5

Fonte: A autora (2016).

Tabela 3- Escore mediado total do Oral Health Impact Profile (OHIP-14) para ambos os grupos: Portadores de Fissura Labiopalatina (G_FLP) e Portadores de Prótese Fixa Total Implantossuportada (G_PTFI)

	FLP (n=20)	PTFI (n=26)	<i>p</i>
OHIP-14 mediana (25% - 57%)	12,00 (7,50 – 23,00)	21,5 (10,5 – 29,75)	< 0,01*

Fonte: A autora (2016).

*Teste Kruskal Wallis ($P < 0,05$)

Tabela 4- Escores medianos em cada domínio do Oral Health Impact Profile (OHIP-14) para ambos os grupos portadores de fissura labiopalatinas (G_FLP) e portadores de prótese fixa total implantossuportada (G_PTFI)

DOMÍNIO	OHIP – QUESTÕES*	FLP (n=20)	PTFI (n=26)
Domínios do OHIP – mediana (25% – 75%)			
Limitação Funcional	Q1. Dificuldade em pronunciar palavras	2,0 (0,5 – 3,5)	2,0 (1 – 4,0)
	Q2. Paladar piorou		
Dor Física	Q3. Dores na boca	1,0 (0 – 3,0)	2,5 (1,0 – 4,2)
	Q4. Desconforto para mastigar		
Desconforto Psicológico	Q5. Sentiu-se preocupado	3,5 (2 – 7,5)	5,0 (0 – 7,0)
	Q6. Sentiu-se tenso		
Incapacidade Física	Q7. Alimentação prejudicada	0 (0 – 2,5)	3,0 (0 – 5,0)
	Q8. Parar refeições		
Incapacidade Psicológica	Q9. Dificuldades em relaxar	2,0 (0,5 – 4,0)	3,5 (0 – 5,0)
	Q10. Sentir-se envergonhado		
Incapacidade Social	Q11. Sentiu-se irritado com outras pessoas	0 (0 – 2,0)	0 (0 – 2,0)
	Q12. Dificuldades com atividades diárias		
Deficiências	Q 13. Vida em geral piorou	0 (0 – 0)	1.5 (1 – 4,0)
	Q 14. Capacidade de trabalho reduzida		

Fonte: A autora (2016).

*Derivado do Oral Health Impact Profile (OHIP-14)

Tabela 5- Ranking do Oral Health Impact Profile (OHIP-14) itens em ordem decrescente – Grupo Portadores de Fissura Labiopalatina G_FLP (n=20)

Ranking	Item*	Questão	Dimensão do OHIP-14
1	Q 05	Sentir-se preocupado	Desconforto psicológico
2	Q 10	Sentir-se envergonhado	Incapacidade Psicológica
3	Q 01	Dificuldade em pronunciar palavras	Limitação Funcional
3	Q 06	Sentir-se tenso	Desconforto psicológico
4	Q 04	Desconforto para mastigar	Dor Física
4	Q 11	Sentir-se irritado com as pessoas	Incapacidade Social
5	Q 07	Alimentação prejudicada	Incapacidade Física
6	Q 02	Paladar piorou	Limitação Funcional
7	Q08	Parar refeições	Desconforto Psicológico
8	Q 03	Dores na boca	Dor Física
9	Q 09	Dificuldade para relaxar	Incapacidade Psicológica
10	Q13	Vida em geral piorou	Deficiências
11	Q 12	Dificuldades com atividades diárias	Incapacidade Social
12	Q 14	Capacidade de trabalho reduzida	Deficiências

Fonte. A autora (2016).

*OHIP-14 domínios: Limitação funcional (Q1, Q2), Dor física (Q3, Q4), Desconforto psicológico (Q5, Q6), Incapacidade física(Q7, Q8), Incapacidade psicológica(Q9, Q10), Incapacidade social (Q11, Q12), Deficiências (Q13, Q14).

Tabela 6- Ranking do Oral Health Impact Profile (OHIP-14) itens em ordem decrescente – Grupo Portadores de Prótese Total Fixa Impantossuportada G_PTFI (n=26)

Ranking	Item*	Questão	Dimensão do OHIP-14
1	Q 10	Sentir-se envergonhado	Incapacidade Psicológica
2	Q 05	Sentir-se preocupado	Desconforto Psicológico
3	Q 06	Sentir-se tenso	Desconforto Psicológico
4	Q 04	Desconforto para mastigar	Dor física
5	Q 07	Alimentação prejudicada	Incapacidade Física
6	Q 13	Vida em geral piorou	Deficiências
7	Q 03	Dores na boca	Dor Física
8	Q 02	Paladar piorou	Limitação Funcional
9	Q 01	Dificuldade em pronunciar palavras	Limitação Funcional
10	Q 09	Dificuldade para relaxar	Incapacidade Psicológica
11	Q 08	Parar refeições	Incapacidade Física
12	Q11	Sentir-se irritado com as pessoas	Incapacidade Social
12	Q 12	Dificuldades com atividades diárias	Incapacidade Social
13	Q 14	Capacidade de trabalho reduzida	Deficiências

Fonte: A autora (2016).

*OHIP-14 domínios: Limitação funcional (Q1, Q2), Dor física (Q3, Q4), Desconforto psicológico (Q5, Q6), Incapacidade física(Q7, Q8), Incapacidade psicológica(Q9, Q10), Incapacidade social (Q11, Q12), Deficiências (Q13, Q14).

Tabela 7- Palavras-chaves identificadas a partir das análises das entrevistas para o grupo de Portadores de Fissura Labiopalatina (G_FLP) e grupo de Portadores de Prótese Total Fixa Implantossuportada (G_PTFI)

Dimensões	G_FLP (n=4)	G_PTFI (n=5)
Limitação Funcional	Voz fanhosa/Chiado Dificuldade em pronunciar palavras	Paladar
Dor Física	Incômodo Desconforto Dor	Incômodo Prótese Machucava Dor no estômago (mastigação deficiente)
Incapacidade Física	Não comer Engasgar Medo de machucar	Prótese frouxa Engolir “tudo inteiro” (mastigação deficiente)
Desconforto Psicológico	Medos Preocupações mais amplas (vida)	Preocupações com a PT e saúde do estômago
Incapacidade Psicológica	Vergonha Não aparecer em público	Vergonha Não participar
Incapacidade Social	Dificuldades com atividades diárias	Dificuldades com atividades diárias
Deficiências	-	Trabalho prejudicado
Autoestima	Aparência/estética Autoestima	Aparência/estética Autoestima
Dor emocional	Mágoa Sofrimento	Tristeza Mágoa Sofrimento

Fonte. A autora (2016).

*Palavras que caracterizavam e representavam os seguintes temas: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, Incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social, deficiências, autoestima e dor emocional.

Limitação funcional:

Esse tema categorizou trechos da entrevista relativos às dificuldades de pronúncia ou aos problemas em relação ao paladar.

No grupo de fissurados os seguintes subtemas foram identificados: voz fanhosa/chiado e/ou dificuldade de pronunciar palavras. Todas as pacientes, em algum momento da entrevista, relataram ter tido problemas com som anasalado ao longo da vida. Devido a esses problemas deixavam de realizar atividades como sair de casa e conversar, ou seja, tinham sua capacidade psicossocial afetada. Após a reabilitação, apenas uma paciente relatou completa melhora. As outras três participantes ainda tinham problemas ou passaram a ter novas dificuldades de pronúncia ou paladar.

Antes eu evitava algumas coisas (...) sorrir, comer, entendeu, porque na época saía, ainda sai um pouco (...) um shhh (...) eu deixava de sair daí, pra não ter que conversar e nem nada. (...) Eu ainda tenho dificuldade de pronunciar algumas palavras (...) eu me guspo às vezes (...) meu filho me pede pra falar palavras difíceis, que eu não consigo falar, aí eles ficam dando risada de mim. FLP03

(...) a minha fenda abriu depois do último enxerto (...) então pra mim sugar o mate eu faço um barulhinho estranho, que eu não fazia antes (...) tem dias que é um horror, aí eu digo: não, obrigada. E não tomo (...) FLP04

No grupo PTFI, o subtema identificado foi o paladar. Antes da reabilitação com próteses implantossuportadas nenhum paciente relatou questões relativas a esse subtema, mas, após o tratamento, dois pacientes relataram que gostariam de trocar a prótese superior (PT) com o objetivo de melhorar o paladar e os outros três relataram que não descartavam fazer uma prótese superior implantossuportada com essa mesma finalidade, no futuro.

Meu sonho é fazer a de cima ainda, que não vai mais ter aquele negócio né, lá no céu da boca (...). Aí a comida bate lá em cima e a gente não sente tão bem o gosto. PTFI01

Talvez com o tempo eu me organize e faça a de cima né, mas assim, não que eu precise fazer (...) mas sai essa parte aqui de cima né (...) dizem que a comida assim, daí fica com outro sabor né. PTFI02

Dor Física

Os assuntos que refletem essa questão são dores na boca ou desconforto ao mastigar. Como a percepção de dor é diferente para cada paciente, essa dimensão abrangeu qualquer sensação que gerasse incômodo físico com as próteses.

Os subtemas identificados no primeiro grupo (FLP) foram: dor, desconforto e incômodo. Para esses pacientes nenhum subtema da dimensão “dor física” foi abordado nos relatos anteriores às próteses. Após a reabilitação, todos os pacientes passaram a ter alguma condição que levasse a sentir algum desconforto na boca, tais como “mordida torta”, ânsia de vômito e “alimentos que subiam para cavidade nasal”.

Só quando assim ó, quando eu como entra arroz, se eu tomar Pepsi sobe pro nariz. Todas as comidas acontece isso. Aí da infecção na garganta né, seguido né (...) por causa dos resíduos dos alimentos (...) isso incomoda né. FLP01

(...) eu sinto ela torta (mordida), e ela ta reta, mas pra mim o reto seria assim (...) esse é o meu normal por isso que me dói aqui (...)se eu ficasse assim, vamos supor, eu ficaria mais confortável. O que me incomoda sabe é que pra mim a mordida não tá no lugar certo (...) eu sinto que ela deveria estar assim (...) assim é mais confortável. FLP03

No segundo grupo (PTFI), as palavras identificadas para esse tema foram: incômodo, dor de estômago e “prótese machuca”. Antes da reabilitação, todos os pacientes relataram que não conseguiam mastigar direito e engoliam os alimentos inteiros, ocasionando dor de estômago. Isso foi relatado por três participantes em consequência de a prótese estar “frouxa”, causando dor e saindo do lugar ao mastigar e os outros dois participantes disseram ter abandonado o uso da prótese inferior pelos mesmos motivos. Após a reabilitação, todos os pacientes relataram

melhora em relação à estabilidade e à retenção das próteses. Com isso, retornaram a mastigar os alimentos e comunicaram melhora do estômago.

E eu vivia com afta também na boca, vivia machucado (...) eu vivia com dor de estômago. Muita dor no estômago eu tinha, porque eu...ah..eu não conseguia mastigar. Porque machucava (...) A mudança foi muito grande. Pro melhor. No sentido da alimentação com as próteses de agora, porque aquela dor de estômago eu nunca mais tive. PTFI04

Era uma tristeza sabe (...) eu engolia tudo inteiro, porque eu não tinha como mastigar (...) fazia mal. Eu sei que fazia mal, mas não tinha outro jeito. PTFI01

Ah, agora está tudo maravilhosamente bem. Pra comer então (...) tudo ótimo. Pipoca, maçã, pinhão (...) O estômago tá tudo, tudo melhor. Agora eu corto até linha, até linha dá pra cortar quando eu to costurando alguma coisa. Isso eu acho é que me deixou mais faceira. Cortar a linha com o dente. Isso é muito bom. Da pra tirar pelanquinha da unha também. Dá! PTFI03

Incapacidade Física

Os seguintes conteúdos foram incluídos nesse tema: alimentação prejudicada e necessidade de interromper refeições devido aos problemas com as próteses.

No grupo de fissurados as palavras-chave que caracterizaram esse assunto foram “não comer”, “engasgar” e “medo de machucar”. Antes da reabilitação uma paciente relatou que não comia por medo de se machucar, evitando alimentos mais firmes. As outras três não relataram dificuldades em relação à alimentação antes do tratamento. Já após o tratamento, a paciente que evitava alimentos duros não passou a consumi-los por medo de danificar a prótese. Uma paciente relatou que deixou de comer alguns alimentos por sentir sua mordida desconfortável e por medo de se machucar. Também relatou que passou a se engasgar com frequência. As outras duas passaram a se alimentar melhor, porém uma delas passou a produzir chiados ao realizar movimentos de sucção e a outra alegou que os alimentos passaram a subir para a cavidade nasal, devido à fissura residual.

Eu não comia mesmo era pra cuidar mesmo né, eu tinha um certo...e até quando eu botei a prótese eu fiquei dois anos com uma paranoia de que eu não podia comer pra não estragar (...) eu tava ficando louca já! FLP04

(...) eu vou na praia no verão e fico me babando pra comer aquela espiga de milho, mas eu não como de medo. Medo de morder e estragar sabe (...) medo de não conseguir morder e de ficar vergonhoso pra mim. Maçã eu ainda corto com a faca. Coisas assim sabe, que se não tiver como cortar bem, eu não como. FLP02

A minha alimentação não melhorou do que era antes (...) na verdade minhas próteses só ficaram boas pra estética. Eu me afogo com muita frequência (...) o meu palato ficou muito baixo então eu me afogo muito fácil. FLP03

Para os portadores de prótese protocolo, as palavras relacionadas a esse tema foram “prótese frouxa” e “engolir inteiro”. Antes do tratamento, todos os pacientes relataram que engoliam tudo inteiro, como já visto no tema “dor física”. O principal motivo para este fato era a falta de estabilidade e de retenção das próteses totais; logo, essas limitações causavam dor e desconforto, tanto na cavidade oral quanto no estômago. Embora ambos os temas *dor física* e *incapacidade física* abordem questões diferentes e tenham palavras-chaves distintas, eles se complementam e se justificam. Um é consequência do outro. Após a instalação das próteses, todos os pacientes relataram melhoras em relação às dores, alimentação e mastigação. Dentre os alimentos que eram evitados e que voltaram a ser consumidos após a instalação das próteses tipo protocolo estavam a maçã, a pipoca, o pinhão, o milho verde, a carne, o churrasco, a rapadura e o amendoim.

Deficiências

Esta dimensão aborda questões relativas à capacidade de trabalho reduzida. Nos pacientes FLP, não foi captada nenhuma afirmação em relação a esse tema. Já no grupo de prótese tipo protocolo, antes da reabilitação, dois pacientes relataram que seus problemas dentários refletiram na sua capacidade de trabalho. Um deles sentia-se irritado com a prótese total frouxa e incômoda, outra

não tinha ânimo e nem vontade de trabalhar devido à sua aparência e às suas condições dentárias.

Eu tinha comércio né e eu me irritava às vezes. Aí eu tinha que largar tudo e sair (...) aí a mulher vinha pra cuidar e eu ficava deitado bem quietinho, dava aquela agonia e aquela irritação. PTFI01

Após a reabilitação, os dois pacientes relatam que estas condições que afetavam o trabalho melhoraram. Uma paciente relatou que após a reabilitação se sentiu mais confiante e começou a trabalhar em outros empregos além daquele que ela já tinha.

Tu sabe que eu me candidatei há quatro anos atrás, mas eu não tinha aquela vontade, aquele ânimo (...) agora eu to bem animada, bem diferente (...) a minha apresentação pras pessoas tá diferente (...) e agora eu tenho mais amizades, mais coisas né, quem sabe. Se eu for eleita vou dedicar aos meus dentes que me deram ânimo pra ir (...). PTFI02

Tabela 7- Síntese dos resultados dos relatos das entrevistas antes das reabilitações (análise qualitativa)

ANTES		G_FLP (n=4)		G_PFTI (n=5)		
Temas	Palavras-chaves	Nº de pacientes	Relatos	Palavras-chaves	Nº de pacientes	Relatos
Limitação Funcional	Dificuldade de pronúncia	4	Deixam de sair e conversar		-	
	Voz fanhosa/ Chiado					
Dor Física	Desconforto Incômodo	1	Comida sobe para o nariz.	Prótese machuca	3	Prótese frouxa, não mastigar.
				Dor no estômago	5	Não mastigar, engolir inteiro.
Incapacidade Física	Não comer	1	Cuidar, medo machucar.	Prótese frouxa	3	Não mastigavam, machucava.
				Engolir inteiro	5	Não mastigavam.
Desconforto psicológico	Medos	1	Não comer para cuidar.	Preocupações com a prótese	1	Sair do lugar no conversar.
				Preocupação com o estômago	5	Engolir inteiro, fazer mal.
Incapacidade psicológica	Vergonha	4	Sair, conversar, sorrir, fotos.	Vergonha	4	Conversar e comer.
	Não aparecer em público	3	Aparência e chiado.	Não participar	3	Prótese frouxa, medo de sair do lugar.
Incapacidade social	Dificuldades com atividades	4	Igreja, colégio, eventos, interagir com público.	Dificuldades atividades	4	Sair pra dançar, bingo, igreja, receber visitas, festas, colégio dos filhos, trabalho.
Deficiências	-			Trabalho prejudicado	2	Irritação e falta de ânimo.
Autoestima	Aparência / estética	4	Não se "pintavam", se achavam feias.	Aparência / função	4	Formato do rosto, não se "pintavam", não mastigar/falar.
	Autoestima	4	Baixa autoestima	Autoestima	4	Baixa autoestima.
Dor emocional	Mágoa	2	Bullying e chacota	Sufrimento	1	Perda de dentes.
	Sufrimento	2	Bullying e chacota	Tristeza	1	Isolamento, chacota

Fonte: A autora (2016).

Tabela 8- Síntese dos resultados dos relatos das entrevistas após as reabilitações (análise qualitativa)

DEPOIS		G_FLP (n=4)		G_PFTI (n=5)		
Temas	Palavras-chaves	Nº de pacientes	Relatos	Palavras-chaves	Nº de pacientes	Relatos
Limitação funcional	Dificuldade de pronuncia	2	Ainda tem	Paladar	2	Querem fazer superior
	Voz fanhosa/ Chiado	4				
Dor física	Desconforto Incômodo	3	Parestesia, chiado, ânsia de vômito, comida sobe pelo nariz.	Prótese machuca	4	Não machuca mais
	Dor	1	Hipersensibilidade com toque	Dor no estômago	1	Sente incômodo.
Incapacidade física	Engasgar	1	Com frequência	Prótese frouxa	5	Próteses estão firmes
	Não comer	2	Não mastigam bem, deixam de comer alguns alimentos.	Engolir inteiro	5	Conseguem mastigar, comem de tudo.
Desconforto psicológico	Medos	4	Mastigar e machucar ou estragar/perder a prótese.	Preocupações com a prótese	1	Medo de quebrar
	Preocupações mais amplas	1	Medo de ter filhos com fissura.	Preocupação com o estômago	5	Não têm mais
Incapacidade psicológica	Vergonha	3	Não sentem mais	Vergonha	5	Não têm mais.
	Não aparecer em público	4	Convivem socialmente	Não participar	5	Passaram a participar.
Incapacidade social	Dificuldades com atividades	4	Não tem mais dificuldades	Dificuldades atividades	5	Todos realizam suas atividades normais.
Deficiências		-		Trabalho prejudicado	2	Trabalham melhor
					1	Passou a trabalhar em mais lugares.
Autoestima	Aparência / estética	4	Passam batom, se arrumam, tiram fotos, aparência melhorou, rosto mudou.	Aparência / função	4	Passam batom e se arrumam mais. Aparência, formato do rosto e sorriso melhor. Mastigam/conversam.
	Autoestima	4	Autoestima melhorou	Autoestima	4	Autoestima melhorou.
Dor emocional	Mágoa	1	Dificuldade de pronunciar palavras			
	Sofrimento	1	Medos com a vida em geral, medo de perder a prótese, hipersensibilidade.		-	

Fonte: A autora (2016).

Desconforto Psicológico

Este tema engloba preocupações e tensões em relação aos problemas dentários. Para os pacientes do primeiro grupo, as palavras que o representam foram medos e preocupações. Antes das reabilitações, a questão levantada por uma paciente foi o medo de comer e se machucar. Outra paciente relatou que em determinado momento do tratamento (fases cirúrgicas) sentiu medo de como sua aparência final iria ficar. Após o tratamento, novos medos e preocupações surgiram para três pacientes, como o de comer e se machucar e o medo de perder ou danificar as novas próteses.

O meu maior medo agora é perder, esse é o meu maior medo (chora). Se me mandar cuidar, não faz isso, não faz aquilo, não come, eu não faço nada que não tem que fazer. (...) o meu maior medo é se um dia eu acordar e ele cair (...). FLP04

Já para o grupo PTFI, as palavras que o representam são “preocupações com a prótese” e com a “saúde do estômago”. Antes da reabilitação, todos os pacientes relataram que se sentiam preocupados com o fato de não conseguir mastigar os alimentos e, em decorrência disso, com o estado do seu estômago. Outra preocupação, relatada por três pacientes, era com a instabilidade e o medo da prótese cair ou sair do lugar ao conversar. Já após a reabilitação, todos os pacientes deixaram de se preocupar com o mal que não mastigar causava no estômago e todos os pacientes estavam satisfeitos e confiantes com suas próteses protocolo. Apenas uma paciente relatou que sentia medo ao mastigar, pois não queria danificar sua prótese.

(...) muitas vezes tem coisas que tu não queria participar. Porque as vezes tu sentia um desconforto, uma preocupação quando ia num lugar, as vezes a chapa caía...saía do lugar, não firmava. PTFI04

Sabe que quando eu saía, assim, na casa dos parentes eu não comia muito, porque eu não tinha como mastigar né. Eu tinha vergonha de comer, me pegava um pouquinho de comida só, comia ligeiro e saía da mesa. Agora eu sento e como a vontade, fico um tempão na mesa. Parece que tudo mudou na minha vida, tudo, sabe? PTFI01

Foi muito positivo. A maneira de comer, a maneira de aparecer e (...) agora eu posso me apresentar e eu sei que elas não vão cair sabe. Que eu posso falar e sorrir sem medo. PTFI05

Incapacidade Psicológica

Essa dimensão retrata temas referentes a dificuldades em relaxar ou sentir-se envergonhado. Para o grupo FLP as palavras-chave foram vergonha e “não aparecer em público”. Antes de finalizar o tratamento com as próteses, todos os pacientes relataram alguma limitação social devido à sua aparência ou dificuldade fonética. Três pacientes evitavam ao máximo sair de casa, pois sentiam vergonha de aparecer em público e uma paciente, embora não deixasse de realizar suas atividades, também se sentia limitada e envergonhada com sua aparência. Após o tratamento, todos os pacientes relaram não sentir mais vergonha de si mesmos e passaram a ter algum convívio social. Os quatro pacientes definiram o tratamento protético como o melhor acontecimento na vida deles, pois passaram a sair de casa e a participar de atividades em público.

Ah, eu tinha muito vergonha né, de sair e assim, ir em lugar público né. Eu tinha vergonha de conversar, de sorrir, porque era bem feio né (...) tudo que envolvesse pessoas eu evitava. FLP01

Melhor coisa que me aconteceu (...) mudou bastante né. Tudo melhorou, agora eu falo, falo, falo, meu marido diz que parece que eu engoli um rádio, to falando pelo tempo que eu não falei. (...) pra falar, pra comer, pra se olhar de novo. Tudo melhorou. FLP02

Para o grupo PTFI as palavras identificadas foram vergonha e “não participar”. Antes, a principal causa da vergonha era a instabilidade das próteses, pois elas saíam do lugar ao conversar ou comer. As duas pacientes que abandonaram o uso das PTs relataram que sentiam muita vergonha de sua aparência. Com isso todos os pacientes, em algum momento, deixaram de participar de algum evento que envolvesse exposição pública, tais como baile, igreja e bingo. Depois do tratamento, todos os pacientes relataram que voltaram a fazer as atividades que haviam deixado de fazer durante o período de uso das PTs.

Todos relataram que agora participavam dos eventos sociais sem medo de comer ou conversar.

Antes eu tinha vergonha de sair (...) eu não participava da comunidade assim (...) eu tinha vergonha se alguém me olhava, vergonha de sair, de conversar (...) eu passei, olha que eu passei, só quem passa sabe o que passou (...) Essas próteses renderam, eu faço parte da comunidade agora, trabalho com a pastoral da criança, com as gestantes. Antes me convidavam e eu tinha vergonha de sair e participar dessas coisas. Agora to em vários grupos, somos festeiros da festa de São Sebastião (...) eu to realizada, não precisa conversar e botar a mão na frente, saber que não precisa mais ter vergonha (...) eu sento na mesa e como a vontade, fico um tempão na mesa. PTFI01

Incapacidade Social

Esse tema foi representado pelas dificuldades de exercer atividades diárias e irritação causada devido a essas dificuldades. Para os fissurados e para os portadores de prótese tipo protocolo, a palavra-chave encontrada foi a mesma: dificuldade com atividades diárias.

O grupo FLP relatou que deixava de realizar as atividades diárias devido à vergonha com a sua aparência e suas dificuldades em pronunciar palavras. O grupo PTFI sentia-se desconfortável com as próteses soltas e passaram a evitar atividades que envolvessem alimentar-se ou conversar. Entre essas atividades, as que foram mais frequentemente levantadas pelos grupos foram estudar, trabalhar, frequentar a igreja e sair de casa para bailes ou bingo. Após as reabilitações o grupo FLP passou a realizar atividades que antes gostariam, mas não se permitiam. Já o grupo PTFI retomou as atividades que realizava antes das perdas dentárias.

(...) eu deixei de ir na igreja por causa disso, deixei de sair pra baile e essas coisas (...) e quando o pessoal ia lá em casa, eles riam e faziam folia, mas eu ficava séria, de boca fechada sabe, não me sentia a vontade pra dar um sorriso. (...) na firma eu nunca sentava junto com o grupo (...) e fim de ano tinha festinha, eu não ia. Nas férias eu ficava só em casa, de vergonha. PTFI01

Autoestima

Devido ao grande número de citações ligadas a essa questão e ao impacto dela na QV e considerando que as dimensões pré-definidas do OHIP e suas palavras-chave não captam esse tema específico, criou-se esta categoria com a finalidade de alocar todas as informações relativas à autoestima dos participantes. As palavras que representaram esta categoria foram aparência/estética e autoestima.

Todos os pacientes, independente do grupo a que pertenciam, citaram frequentemente a palavra autoestima e o quanto ela impactou no seu dia a dia. Antes da reabilitação, 78% dos pacientes se definiram com baixa autoestima, sendo 100% para o grupo FLP. Para os fissurados, a principal razão foi a estética. Para o grupo PTFI o fato predominante foi a vergonha de não conseguir comer direito e nem se sentir seguro para conversar. Para as mulheres desse grupo, que abandonaram o uso da PT por tais motivos, a estética também foi um fator importante. Em relação à aparência, os pacientes fissurados se denominaram feios e não se arrumavam. Evitavam usar maquiagem, por exemplo, pois achavam que não ia adiantar nada. As quatro participantes relataram que não tiravam fotos, não sorriam, não conversavam e evitavam aparecer em público. Já para o grupo PTFI, três pacientes relataram insatisfação com o formato do rosto. Segundo elas, o rosto era “*para dentro, caído e chupado*” e também evitavam o uso de maquiagens. Nesse grupo, quatro dos cinco afirmaram ter baixa autoestima.

Depois de terem as próteses instaladas, os pacientes fissurados se mostraram extremamente satisfeitos com o resultado estético. Para eles a mudança afetou de forma considerável sua QV, pois passaram a se sentir mais “normais”. Essa mudança fez com que se sentissem mais confiantes e aceitos socialmente. Relataram, com empolgação, que passaram a tirar fotos tipo “selfie”, a se maquiar – principalmente a passar batom – e a sorrir sem medo. O grupo PTFI também relatou aumento da autoestima devido às mudanças estéticas (formato do rosto) e as funcionais (estabilidade e retenção). Três pacientes também relataram que voltaram a passar batom. Esse fato foi o primeiro ponto a ser relatado por sete, de oito pacientes do sexo feminino entrevistadas, mostrando a importância do impacto da reabilitação na autoestima dessas mulheres. Porém no grupo PTFI

duas pacientes do sexo feminino gostariam de realizar intervenção plástica para melhorar a aparência física.

Antes eu não gostava de tirar fotos, não gostava de aparecer em público, não gostava de sair, de falar, de abrir a boca. (...) ai eu tinha vergonha do jeito que eu era. O meu rosto era totalmente diferente. (...) eu sempre quis ser catequista, mas como eu ia ser? Eu era um bicho feio, as crianças iam fugir de mim. Não tinha como né, era assim...horrível. Eu nem tinha espelho em casa pra não precisar me ver. Eu era horrível. Agora eu me tornei catequista lá na minha cidade. O resultado foi tão bom. Eu to saindo de casa, sabe. O visual mudou, tudo mudou. A minha autoestima melhorou, eu to sempre no cabelereiro (...) agora qualquer coisinha eu marco salão, cabelo, faço make, faço tudo. É tão bom, né? Antes(...) nas festas, eu me escondia pra não tirar foto. Agora eu adoro. eu até criei uma pasta no facebook que o título é: meu sorriso.(...) agora eu saio assim toda diferente. Nem pareço eu. FLP02

Dor Emocional

Este tema também foi criado com a finalidade de complementar as dimensões utilizadas pré-existentes do OHIP e é específico para os relatos sobre dores e mágoas profundas e persistentes, que ainda impactavam a vida dos pacientes. Este tema tem como palavras-chave: sofrimentos, mágoas e tristezas vivenciadas pelos entrevistados. Todos os fissurados relataram, em mais de um momento da vida, ter sofrido algum tipo de limitação social que afetou de maneira significativa a QV durante o seu desenvolvimento e ao longo do tratamento. Já os pacientes portadores de prótese protocolo relataram também situações constrangedoras que os marcaram, porém em menor frequência. O momento de maior impacto emocional para esses pacientes foi durante o período de perda dentária e durante o período que utilizaram PTs bimaxilares que, segundo eles, gerou grande sofrimento. Já para os fissurados, o principal motivo era a exclusão social a que foram submetidos, através de “bullying” e preconceito da sociedade, e das limitações impostas pelos próprios familiares, desde o seu nascimento, assim

como também pelos diversos procedimentos clínicos, alguns fracassados, antes da reabilitação com as próteses.

Eu deixei de estudar devido à bullying (...) na época não tinha esse nome. Eu ouvia muita chacota dos outros né, e riam e ai eu saia pro recreio e eles faziam uma turma e saiam atrás de mim pra dar risada. Tipo, eu vivia me escondendo (...) eu não gostava de ler, oral assim, quando tinha que ler eu chorava muito porque eu não queria ler. Eu não conseguia. Naquela época as professoras não entendiam isso (...) tinha que ler se não tu rodava. Então eu evitei né, eu parei de estudar por isso. FLP03

Antes pra ele (marido) eu era o patinho feio, agora eu to bonita. (...) tinha certos lugares que ele tinha vergonha de me levar (...) tu sente né... quando tu quer a pessoa do teu lado e quando tu quer ela só pra dentro de casa (...) isso me magoava muito. FLP03

Eu tenho muita sensibilidade (...) se tu encostar uma agulha em mim ou alguma coisa assim vai me doer horrores, porque eu já senti muito (...) então pra mim qualquer coisinha já é muito. Acho que de tanta coisa que já fiz, de tanto mexerem em mim. FLP04

Quando eu perdi meus dentes fiquei muito chateada (...) quando a gente veio pra cidade eu sofri muito. (...) um dia eu tava na missa, daí um pessoal, ah eu vi que eles tavam rindo de mim (...) isso me deixou muito triste e envergonhada, eu não fui mais na missa depois disso. Na firma (...) eu também tava sempre sozinha, sempre sozinha. Era uma tristeza mesmo, era muito triste aquilo pra mim. PTFI0

A amostra de pacientes do presente estudo foi submetida ao tratamento de reabilitação bucal há, pelo menos, três anos das datas das entrevistas. Ou seja, todos os sujeitos foram considerados adaptados às próteses novas. A predominância de mulheres participantes da fase qualitativa pode ser explicado pela literatura, que sugere que a saúde bucal tem um impacto maior na QV de mulheres quando comparado aos homens (MCGRATH; BEDI, 2001; TRULSSON et al., 2002; SEMB et al., 2005; FOO et al., 2012).

Em relação aos fissurados, a maioria relatou uma piora das condições funcionais após a reabilitação. Uma explicação para o grande desconforto relatado seria devido à quantidade de intervenções já realizadas anteriormente ao

tratamento protético, que deixaram sequelas como cicatrizes ou fístulas residuais, gerando sensibilidade e desconforto na região de lábio e palato. Os pacientes que se queixaram em relação a esse problema foram submetidos a um número extenso de cirurgias, incluindo enxerto ósseo fracassado e cirurgia ortognática. Já o som anasalado ou a produção de chiados, bem como a dificuldade de pronunciar palavras, pode ter relação com o surgimento das fístulas residuais ou ainda pode ser resultado de adaptação fracassada a uma nova condição dentária. Muitos desses pacientes foram submetidos à cirurgia ortognática e ao enxerto de tecidos, e todos tiveram sua condição oclusal restaurada, logo necessitaram “reaprender” a falar, a respirar e a deglutir. Isto pode explicar a piora percebida nos aspectos funcionais. Oosterkamp et al. (2007) mostrou que pacientes FLP continuam com dificuldades funcionais após o tratamento das fissuras e sugere que eles passam grande parte do seu desenvolvimento com um estado bucal instável. Tal situação pode torná-los resignados a essa condição. Por isso é importante o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, pois o tratamento com fonoaudiólogo pode atenuar essas condições e tornar a fase de adaptação menos incômoda, menos longa e com resultados mais positivos.

Em relação à capacidade de trabalho reduzida, apenas um paciente da nossa amostra de fissurados trabalhava fora de casa. Ela não relatou em nenhum momento dificuldades ou comprometimento da sua capacidade. Todas as outras são “do lar”. A literatura sugere que pacientes fissurados tendem a ser mais próximos e dependentes de sua família para exercer atividades sociais; quando termina a escola, a procura de um emprego implica em um abandono do ambiente familiar, o que pode gerar ansiedade e preocupação (RICHMAN; ELIASON, 1982). Geralmente esses pacientes possuem um atraso educacional e um atraso em viver por conta própria, com adiamento da independência (DANINO et al., 2005). O presente estudo corrobora com estes achados, uma vez que somente após a reabilitação as entrevistadas relataram interações sociais e atividades que não eram relativas ao lar.

A vergonha com a aparência facial e a dificuldade com a fala são os dois principais fatores que dificultam o convívio social do grupo de fissurados. Estes dois aspectos parecem influenciar diretamente na função psicossocial, que é afetada negativamente antes da realização do tratamento. Pacientes fissurados relataram que não interagem com o público e se limitavam ao convívio familiar e

de poucos amigos. Após a reabilitação bucal, eles se sentiram integrados e pertencentes à sociedade, relatando que a reabilitação protética “foi o melhor acontecimento” de suas vidas. O impacto emocional e social das fissuras no grupo FLP foi muito evidente. A literatura mostra que a função psicossocial é a dimensão mais afetada, seguido da dificuldade de falar (SINKO et al., 2005; MANI et al., 2010; FOO et al., 2012). Embora a função não tenha sido completamente resolvida tecnicamente nos pacientes fissurados deste estudo, eles estavam satisfeitos com o tratamento, pois passaram a se sentir aceitos e integrados socialmente.

Outro aspecto citado diversas vezes foi a autoestima, que estava diretamente relacionada à insatisfação com a aparência para os fissurados. Os relatos anteriores ao tratamento são condizentes com experiências de depressão, mostrando o impacto na QV que a deformidade causou durante toda a vida desses indivíduos. Para eles a importância da aparência vai além da estética propriamente dita. A boca desempenha o papel da interação social e muitas vezes o reestabelecimento de uma aparência normal prevalece sobre as funções físicas prejudicadas. Quando questionados quanto à satisfação com a estética após o tratamento, todos os pacientes fissurados se mostraram satisfeitos e negaram a vontade de continuar o tratamento com o objetivo de buscar melhorias estéticas. Este resultado contrastou com alguns estudos anteriores, nos quais a maioria dos pacientes estava insatisfeita com a aparência do lábio e nariz e gostaria de continuar o tratamento para alcançar uma estética mais satisfatória (MARCUSSON et al., 2002; SEMB et al., 2005; SINKO et al., 2005; OOSTERKAMP et al., 2007). Essa divergência pode ser explicada pelo fato dos pacientes do presente estudo priorizarem o alcance de uma condição física sem estigma social, ou seja, que eles fossem vistos como pessoas normais em uma sociedade que valoriza tanto a estética como a brasileira. A reabilitação permitiu que os indivíduos passassem a vivenciar interações sociais cotidianas simples como sorrir, falar, tirar fotos e se maquiar sem medo. Essa dimensão está intimamente relacionada com a *dor emocional*, que também foi enfatizada por este grupo. Os pacientes fissurados desde - e principalmente - a sua infância sofreram “bullying”, exclusão social e até mesmo negligência ou limitações impostas pelos familiares despreparados em lidar com essa condição. Essas experiências geraram um sentimento de “*querer ser outra pessoa*”. Todos esses fatores, associados ao tratamento longo, e muitas vezes fracassado, a que esses pacientes foram submetidos durante seu

desenvolvimento, deixaram marcas profundas que ainda causam impacto negativo na QV. Um fator importante a ser considerado é o papel da família desde o nascimento até a vida adulta dos portadores de FLP. Trulsson e Klingberg (2003) sugeriu que famílias que convivem com alguém com deformidade facial são profundamente afetadas e necessitam de ajuda e tratamento. Isto ressalta a importância de prestar atenção à família e às suas necessidades e não apenas à criança. Esta atenção muitas vezes pode ser subestimada devido ao fato de que há poucos profissionais e centros capacitados e direcionados a tratar desse assunto. Baker et al. (2009) concluiu que famílias que recebem apoio e estratégias de enfrentamento do problema têm uma influência positiva na adaptação da criança à fissura, bem como menor sofrimento psicológico ao longo de seu desenvolvimento. Esse apoio pode aumentar o sentimento de pertencimento, a autoestima e o sentimento de valor que afeta o bem-estar, podendo diminuir os problemas psicossociais que afetam os pacientes. Fica claro através do relato a seguir, que a falta de preparo e de apoio aos pais e familiares tem uma influência negativa na QV e pode gerar prejuízos aos entrevistados.

... então a minha mãe, ela queria me arrumar, não queria me ver assim (...) ela nunca me deixou falar (...) porque ela tinha medo que eu falasse errado (...) ela me disse que aqui foi ofertado tratamento psicológico mas que eu não precisava de tratamento porque eu tava muito bem. Olha a cabeça dela né. Mas ela quis dizer que eu não era louca. Ai eu tive que fazer depois de velha (...) eu já fiz e me ajudou muito. E eu não sou louca por isso. FLP04

Esse relato ilustra a importância do atendimento e do preparo da família e da prestação de serviços psicológicos nos centros de reabilitação de fissurados. O conhecimento dos aspectos psicossociais que afetam os pais e as crianças fissuradas deveria ser usado em uma abordagem integrada para atender às necessidades psicológicas de cada caso.

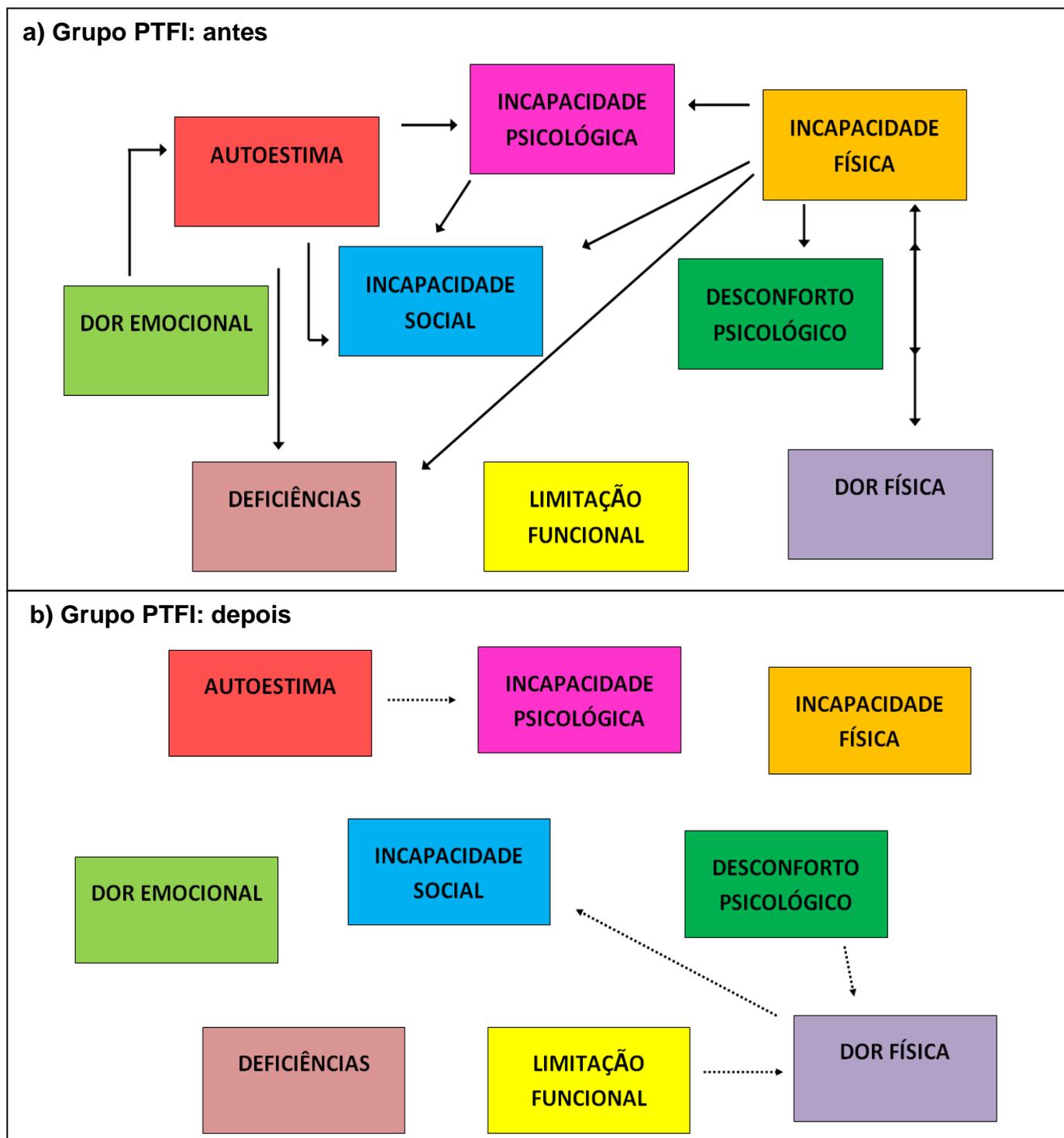
A satisfação dos pacientes com o tratamento deveria ter uma íntima relação com a QV pelo senso comum. No entanto, a satisfação dos pacientes do presente estudo não esteve associada apenas com o sucesso funcional e estético da reabilitação, e sim pela maneira como eles se sentiram acolhidos pelo profissional. Quando questionados em relação às expectativas do tratamento, os pacientes

relataram fatores relativos ao atendimento em si (relação dentista-paciente) e não ao tratamento dentário. Fatores como abordagem humanizada, informações dadas e a compreensão de todos os problemas psicossociais existentes pelo profissional foram relevantes para a autopercepção positiva do tratamento. Segundo Semb et al. (2005), a avaliação da satisfação é o objetivo central de qualquer equipe que se preocupa com o bem-estar dos pacientes. Os resultados estéticos e funcionais não garantem a satisfação com o tratamento. O presente estudo está de acordo com essa informação e mostrou um alto índice de satisfação dos pacientes com o tratamento mesmo com aspectos funcionais não resolvidos totalmente.

...aí eu conheci vocês aqui da prótese que foram pessoas maravilhosas que era tudo o que eu queria, eu não tinha mais solução (...) pra mim colocar essa prótese foi maravilhoso porque eu encontrei o Prof01 que é muito gente boa e muito humano. E também o Prof02, o Prof03 esse era muito simpático. Então esses daí cuidaram de mim e eu amava sabe...porque era um cuidado assim...era um cuidado carinhoso, diferente sabe (chora) é..é...uma coisa completamente diferente, eu nunca tinha visto um tratamento assim, não comigo (...) foi (chora) na hora que eu precisava. Aquilo caiu do céu pra mim. Eu tava desistindo e eles me acolheram com muito carinho. Eles foram tudo pra mim! FLP04

Muitos pacientes são extremamente gratos pelos cuidados recebidos e nem sempre relatam sobre os problemas ainda existentes. O fato de se sentirem acolhidos e importantes para o profissional se sobressai aos aspectos funcionais ou estéticos que ainda não foram resolvidos. De uma forma geral, os pacientes se percebem em uma condição muito melhor e muito mais satisfatória em todas as dimensões após a reabilitação, o que nos leva a concluir que a perspectiva do paciente ainda é a melhor forma para avaliarmos as mudanças e os fatores que afetam sua QV.

Figura 4- Ilustração referente ao relacionamento entre as dimensões,

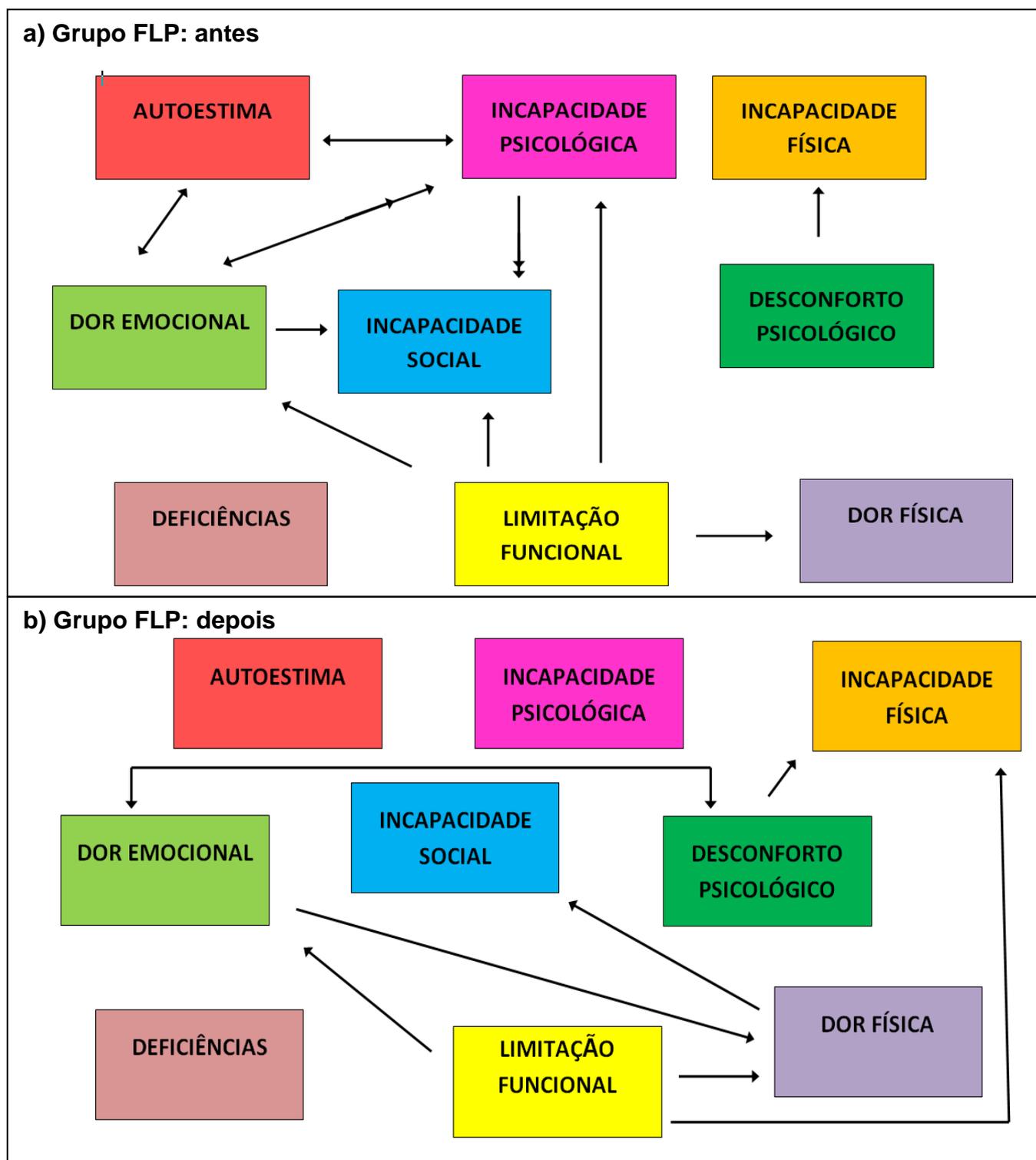


Fonte: A autora (2016)

Nota: Relacionamento entre as dimensões na análise qualitativa, para os grupos portadores de prótese total fixa implantossuportada (PTFI). A: antes do tratamento com as novas próteses. B: depois do tratamento com as novas próteses.

Legenda:
 —————> Direção em que a relação entre as dimensões ocorre
 —————>> Aumento da magnitude da relação
> Relação discreta entre as dimensões

Figura 5- Ilustração referente ao relacionamento entre as dimensões



Fonte: A autora (2016)

Nota: Relacionamento entre as dimensões na análise qualitativa, para o grupo portador de fissura labiopalatina (FLT). A: antes do tratamento com as novas próteses. B: após o tratamento com as novas próteses.

Legenda: Direção em que a relação entre as dimensões ocorre
 Magnitude da relação

Já para o grupo PTFI, a visão geral foi de melhora em relação a todos os temas, embora em alguns casos específicos ainda existissem pequenas reclamações em relação ao tratamento, tais como dificuldades de higienizar e mordedura das bochechas. Antes da nova prótese fixa implantossuportada, o principal problema desses pacientes era funcional. De acordo com a literatura, essa é a dimensão mais afetada pelos portadores de PT convencional, principalmente pela instabilidade e falta de retenção (DE SOUZA et al., 2009; BRAMANTI et al., 2013; COPAGNONI et al., 2014; YUNUS et al., 2015; ALFADDA et al., 2015). Todos os pacientes do presente estudo tinham problemas com a retenção e a estabilidade de suas próteses; em função disso a capacidade mastigatória era prejudicada, os alimentos eram deglutidos em grandes pedaços, causando dor e desconforto tanto bucal quanto estomacal. Em alguns casos os pacientes abandonaram o uso da PT inferior devido à instabilidade e dificuldade de adaptação. Segundo Graham et al. (2009) o não uso das próteses está associado com a função física afetada. Para esses pacientes que abandonam as próteses, o benefício não é superior ao desconforto causado. No presente estudo, embora dois pacientes tenham abandonado o uso da PT inferior, eles se submetiam ao uso de próteses incômodas em situações sociais para que se sentissem melhor. O relato a seguir ilustra essa circunstância: este paciente relatou momentos em que esteve o tempo todo consciente das próteses em boca e não deixou de usá-las mesmo com sintomas dolorosos, com o objetivo de manter uma boa aparência em público.

Uma vez eu fui numa festa de 15 anos (...) eu me servi assim...e eu dancei duas musicas e só. Eu passei a festa com três copos de água, nem o refri me sentava. Daí até sangrava. Eu aguentei a noite toda pra não ficar sem dente, mas foi horrível. Eu caminhava de um lado pro outro, eu não consegui comer nada, de tão machucado que tava, mas eu não podia ficar sem dente, tava todo mundo lá. PTFI02

Os resultados deste grupo para os temas dor física e incapacidade física são iguais, pois abordam as mesmas questões e se equivalem. Anastassiadou e Robin (2006) relatou que todos os pacientes do seu estudo estavam insatisfeitos com suas próteses, sendo “próteses soltas” a queixa mais frequente. Komagamine et al. (2012) também concluiu que a instabilidade das próteses inferiores é o

principal fator que afeta a QV dos edentados, seguido da estética e da fala. Isso é relevante, uma vez que os três principais objetivos da reabilitação com PTs são devolver função, estética e fala. A diminuição da capacidade mastigatória também influencia diretamente na QV (MCGRATH; BEDI, 2000), visto que equivale de 16 a 50% da capacidade dos sujeitos dentados. Isso pode gerar dificuldades para ingerir determinados alimentos (BRAGA et al., 2002; FARIAS NETO et al., 2010). Após a reabilitação com as próteses totais fixas implantossuportadas, tipo protocolo, todos os aspectos funcionais apresentaram melhoras. As próteses do tipo protocolo alcançaram a retenção adequada e os pacientes passaram a mastigar melhor os alimentos, diminuindo suas dores e desconfortos. Esses resultados estão de acordo com alguns estudos prévios, que sugerem que a utilização de implantes reduz significativamente os problemas relacionados ao uso da PT convencional (GJENGENDAL et al. 2003; AWAD et al. 2003; HEYDECKE et al., 2003; HARRIS et al., 2013).

As questões em relação ao paladar foram também abordadas pelos pacientes de prótese tipo protocolo. Metade dos pacientes relatou grande vontade de fazer uma prótese protocolo superior para melhorar o paladar. A outra metade não descartou este tratamento adicional pelos mesmos motivos. Em função dos grandes problemas causados pela instabilidade das PT mandibulares, as preocupações com o paladar podem ter ficado inicialmente em segundo plano. Considerando que esses pacientes têm como referência sua dentição normal (antes das perdas dentárias), a prótese protocolo na arcada inferior lhes proporcionou uma condição similar aos dentes naturais. A partir disso, o palato em resina acrílica passou a ser percebido como uma condição artificial, assim o paladar alterado passou a ser um novo fator de desconforto para esses pacientes. Este achado está de acordo com o trabalho de Souza et al.(2009) e Sivakamur et al. (2015), que sugeriram que pacientes portadores de próteses totais têm a tendência de comparar a funcionalidade das próteses com a dentição natural, gerando uma expectativa inicial elevada em relação ao tratamento.

Os alimentos não consumidos por esses pacientes antes da reabilitação, devido à dificuldade de mastigação, não eram de valor nutricional alto. De acordo com os relatos, os alimentos de consistência mais firme, que não faziam mais parte da alimentação habitual, traziam um sentimento de inferioridade. Esta percepção estava focada na “inclusão social” que esses alimentos geravam, como, por

exemplo, *milho verde na praia, churrasco no final de semana, pinhão com chimarrão na casa da vizinha*. Ou seja, evidencia-se o impacto social que as dificuldades funcionais com a alimentação exerciam. Hyland et al. (2009) concluiu que a preocupação com os alimentos em relação à dieta raramente era associada com nutrição, mas sim aos aspectos sociais da alimentação: os pacientes evitavam comer na presença de outras pessoas para evitar constrangimento. Esse mesmo isolamento na hora de comer foi relatado pelos pacientes do presente estudo. A principal preocupação estava relacionada à mobilidade da prótese total inferior e ao constrangimento que essa movimentação causava durante a fala ou durante a mastigação. Assim os pacientes do grupo PTFI sentiam-se envergonhados e isso refletiu em sua interação social e função psicossocial, pois após a perda dentária e a instalação das PTs convencionais os pacientes passaram a evitar as atividades relacionadas ao lazer para se preservar, sem precisar conversar ou comer em público. A perda da autoestima está relacionada intimamente com a perda da função e da estética, principalmente naqueles pacientes que abandonaram o uso da prótese inferior convencional.

A perda dentária causa sofrimento, insegurança, vergonha e baixa autoestima, refletindo diretamente nas demais dimensões. Pacientes que perderam seus dentes cedo, como os sujeitos deste estudo, tiveram que se adaptar a condições adversas e inferiores em relação às vivenciadas anteriormente à perda dentária. O impacto na autoestima e a percepção negativa da autoimagem diminuiu a QV desses pacientes, pois eles vivenciaram a perda da juventude precocemente. Segundo Smith et al. (2005), a perda dentária é percebida como envelhecimento e decadência física, e a avaliação da sociedade em relação ao edentulismo faz com que os pacientes sintam ainda mais a insegurança pessoal e o sentimento de desvio da normalidade (TRULSSON et al, 2002). Por isso é importante a compreensão e a sensibilidade do cirurgião dentista frente às implicações emocionais causadas pela perda dentária.

Em alguns casos, também a capacidade de trabalho dos sujeitos edentados foi prejudicada principalmente pela função psicossocial afetada e pelo incômodo causado pela instabilidade da PT inferior. A reabilitação protética com implantes dentários pode ser uma alternativa superior ao tratamento com PT convencional, impactando positivamente a QV, pois melhora a função e o conforto. Harris et al. (2013) mostrou que o tratamento com implantes causa um impacto positivo em

todas as dimensões de QV, devolvendo aos pacientes a interação social e a função mastigatória. Os principais ganhos foram o aumento da confiança social e a melhora funcional. Isto ocorreu com os pacientes desse estudo, uma vez que receberam próteses inferiores sobre implantes, sem problemas de retenção e estabilidade. Eles relataram essa nova condição como *“tenho minha vida de volta”*, pois retomaram atividades que deixaram de fazer durante a experiência de perda dentária e uso de PTs convencionais. Os pacientes relataram sentir-se mais confiantes com suas próteses e livres para falar e se alimentar em público. Isso refletiu positivamente na capacidade de trabalho e no aumento da autoestima e satisfação com a aparência. A maioria dos pacientes enxergou o tratamento como uma normalização da sua condição bucal. Essa análise evidencia a relação entre dor, desconforto e dificuldade mastigatória com a perda da capacidade social e com impacto negativo na QV. Novamente a satisfação do tratamento apareceu como um fator importante e gerou um impacto positivo na QV. Contudo, para esse grupo a satisfação estava intimamente ligada com as expectativas iniciais do tratamento, conforme relatado anteriormente na literatura (SMITH et al., 2004; KOSHINO et al., 2006).

Allen et al. (2001) sugere que situações clínicas semelhantes podem ser percebidas de forma diferente pelos pacientes em relação ao impacto causado na QV. Um mesmo tratamento pode ter impactos diferentes na QV. Embora implantes tenham um impacto positivo, a PT convencional também pode ser eficiente quando bem ajustada e com equilíbrio oclusal satisfatório. Pacientes que têm a capacidade de adaptação aumentada com o uso de PTs convencionais dificilmente reportariam mudanças significativas com implantes (ALLEN et al., 2006). Assim, ainda permanecem questões em relação ao benefício da reabilitação com implantes para diferentes grupos de edentados, uma vez que as suas histórias de edentulismo, dificuldades funcionais e expectativas diferem entre si. Ao decidir o tratamento adequado para esses pacientes devemos levar em consideração, principalmente, as suas expectativas.

Heydecke et al. (2003) concluiu que a ansiedade e o estresse em relação ao tratamento também influenciaram significativamente na QV. Os pacientes do presente estudo relataram com frequência que se sentiam ansiosos pelo término do tratamento, pois o tratamento com próteses dentárias é longo. O fornecimento de informações sobre as etapas do tratamento e suas limitações influenciou muito

para o entendimento e a aceitação do tratamento. Também foi revelado que esses pacientes não retornavam para relatar ao cirurgião dentista as possíveis dificuldades enfrentadas durante o uso das PTs convencionais. Essa falta de retorno ocorreu em consequência da experiência clínica negativa vivenciada durante o tratamento, tais como consultas apressadas e a falta de comunicação entre paciente e profissional. Essas questões foram interpretadas pelos pacientes como desdém por parte do profissional e gerou um sentimento de que “*nada mais poderia ser feito*”. Houve relação entre expectativa inicial alta e a qualidade do atendimento com a satisfação do tratamento. Aqueles que tiveram experiências negativas com o relacionamento dentista-paciente relataram não estar completamente satisfeitos. Ao contrário, aqueles que elogiaram a equipe e a maneira como foram tratados relataram expectativas superadas e alta satisfação. Esses achados podem ser sustentados pelo trabalho de Smith et al. (2005), que sugere que a falta de comunicação pode tornar a adaptação mais difícil e que os dentistas deveriam trabalhar com menos restrições de tempo proporcionando um atendimento mais humanizado e focado em entender os aspectos individuais de cada paciente.

Bedos e Loignon (2011) desenvolveu cinco facetas que podem ajudar na superação das dificuldades clínicas envolvendo o relacionamento dentista-paciente. São elas: compreensão do contexto social dos pacientes; empatia e disponibilidade de tempo; evitar atitudes moralísticas; superar as distâncias sociais; e contato direto com os pacientes. Segundo o autor a aplicação clínica dessas particularidades pode melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento.

Embora os dois grupos avaliados tivessem um escore do OHIP-14 indicativo de baixa qualidade de vida, podemos ilustrar (Figuras 4 e 5) a divergência de fatores e a magnitude que impactam a QV antes e após as próteses em ambos os grupos. Para os portadores de FLP (Figura 4.A) a origem dos problemas que afetam o bem-estar é a limitação funcional (fala) e autoestima (aparência). Esses dois temas impactam mais frequentemente a incapacidade psicológica (vergonha), a incapacidade social (atividades diárias) e a dor emocional (estigmas e mágoas). Logo, quando pensamos em que tipo de abordagem poderia ser incorporada para melhorar as questões afetadas negativamente, temos que atuar nos temas de origem, ou seja, pensar no apoio psicológico desde a primeira infância para agir na diminuição das consequências na autoestima. Também seria ideal a incorporação

de um fonoaudiólogo, tanto durante o desenvolvimento da criança quanto após o tratamento protético finalizado, para agir no impacto que a dimensão da limitação funcional reflete nas demais. Esse acompanhamento deveria persistir ao longo da reabilitação, visto que após as reabilitações protéticas, as questões funcionais não foram resolvidas e em alguns casos até pioraram (Figura 4.B). Daí a importância da atenção multidisciplinar para o sucesso do tratamento.

Já para os portadores de PTFI (Figura 5.A) a origem dos problemas se concentrou na incapacidade física e na dor física. Como visto anteriormente, essas duas dimensões se equivalem para esse grupo de pacientes. Também há um foco importante no tema autoestima. Esses temas de origem impactaram mais frequentemente as dimensões incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiências. Pode-se perceber que a origem dos problemas está na incapacidade física e que o reflexo na autoestima é profundo e relevante. Uma opção para atuarmos diretamente nesses temas seria o uso de implantes com a finalidade de melhorar a retenção e estabilidade das próteses totais inferiores. Também seria interessante uma abordagem psicológica em conjunto com o tratamento dentário, para auxiliar os pacientes nessa transição tão complexa e marcante como é a perda dentária. Após as reabilitações, a busca pela normalização da condição bucal e dentária faz surgir novos desconfortos e reclamações. No caso desses pacientes o palato em resina acrílica e a diminuição da função do paladar passaram a estar em evidência. Isso é coerente, uma vez que esses pacientes têm em mente a lembrança da condição anterior, com seus dentes naturais, e buscam uma condição mais parecida possível à situação de normalidade original.

5.3 Relacionando os dados quantitativos e qualitativos

Quando comparamos as duas abordagens utilizadas nesse trabalho, percebemos que as dimensões mais pontuadas para o grupo FLP no instrumento OHIP-14 foram desconforto psicológico, incapacidade psicológica e limitação funcional. Já as menos pontuadas foram deficiências e incapacidade social. Aqui surgem algumas divergências, pois nas entrevistas os pacientes mostraram ter a capacidade social bastante afetada. Outro achado importante é que o OHIP-14 não captou integralmente a origem das dificuldades dos portadores de FLP, ou seja, a autoestima baixa e a limitação funcional, e apenas forneceu uma noção geral das

áreas afetadas. Este resultado ressalta a importância de uma abordagem qualitativa para analisar mais profundamente aspectos centrados no paciente e que devem ser levados em consideração no planejamento da reabilitação bucal para sucesso do tratamento.

Já para o grupo PTFI as dimensões mais pontuadas em ordem decrescente foram incapacidade psicológica, desconforto psicológico e dor física. Novamente o instrumento OHIP-14 não capturou a causa dos principais problemas que caracterizam esse grupo, mas sim apontou para as áreas que foram afetadas. As dimensões menos pontuadas foram deficiências e incapacidade social, duas dimensões que afetaram consideravelmente a QV na análise das entrevistas.

Com base nesses contrastes, podemos sugerir que o instrumento OHIP-14 é um bom método para detectar que os pacientes têm sua QV afetada pelas suas condições bucais, mas ele é insuficiente para instituímos atitudes clínicas resolutoras para queixas específicas, pois ele não capta a origem dos problemas. Também não foi adequado para a captura dos aspectos emocionais mais profundos, como autoestima e dor emocional, que foram importantes nos relatos desses pacientes. As dimensões do OHIP podem estar também mais integradas e com diferentes relações entre si, como foi visto nesse estudo (figuras 4 e 5). Uma abordagem qualitativa em conjunto pode influenciar diretamente no sucesso do tratamento, visto que ela pode ter significados exclusivos para cada paciente.

É importante entender o impacto do tratamento sob a perspectiva do paciente. Ouvir com empatia o paciente e procurar entender suas queixas para identificar as razões da insatisfação são passos fundamentais para o sucesso do tratamento. Essa avaliação dos impactos sentidos pelos pacientes e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento não são conseguidas apenas com instrumentos quantitativos (HEYDECKE et al., 2003).

A perda dentária não é mais tão aceitável hoje como em gerações passadas e isso influenciará a demanda de tratamentos futuros (GERRITSEN et al., 2010). A aceitação da substituição dos dentes naturais por próteses removíveis está diminuindo, pois a prótese fixa tem um maior potencial em devolver uma situação semelhante ao que era antes das perdas dentárias, afetando a QV em geral. Contudo, é difícil tratar toda a demanda de edentados com prótese implantossuportada, devido aos custos mais elevados e complexidade do tratamento. Em geral, a satisfação e a QV de pacientes tratados com implantes

parece ser melhor do que aqueles tratados com PTs convencionais, porém a magnitude dos efeitos ainda é incerta devido à heterogeneidade dos estudos disponíveis (THOMASSON, 2012).

Já para os pacientes fissurados é difícil dimensionar a extensão dos problemas psicossociais apenas com o OHIP-14. Na literatura há muitos resultados contraditórios, pois não há uniformidade nos métodos utilizados. Embora estudos apontem que a fissura tenha influência direta na QV, ainda não se pode afirmar que os diferentes tipos de fissura impactem de maneiras distintas na QV desses pacientes (HUNT et al., 2005). A maioria dos estudos disponíveis não incluem entrevistas. Na ausência de instrumentos específicos que detectem aspectos psicossociais em profundidade, elas poderiam fornecer dados relevantes e individuais que contribuiriam na determinação do tratamento de cada paciente. A abordagem precoce multidimensional, incluindo o preparo dos pais e dos professores, poderia diminuir o impacto negativo na QV desses pacientes, talvez reduzindo as possibilidades da criança desenvolver ansiedade, depressão, incapacidade social, baixa autoestima ou problemas de aprendizado na escola.

Também há uma falta considerável de conhecimento pelos profissionais a respeito das percepções e experiências dos portadores de FLPs ao longo de todo o processo de reabilitação, principalmente de suas perspectivas. Essa falta de conhecimento pode comprometer negativamente o resultado do tratamento, uma vez que os profissionais enfatizam os aspectos técnicas, tais como a função e estética, em detrimento do desejo e da necessidade individual de cada paciente. O sucesso final do tratamento talvez dependa principalmente da percepção e da capacidade de adaptação de cada um.

5.4 Limitações do estudo

A amostra desse estudo foi intencional, não probabilística e sem pretensão de generalização dos resultados. Porém o presente estudo usou uma abordagem indutiva, que gerou dados em profundidade que dificilmente seriam obtidos com dados apenas quantitativos e produziu ideias que podem ser úteis na prática clínica.

Uma limitação desse estudo foi o tempo em que a coleta de dados foi realizada. As entrevistas foram realizadas após um período de no mínimo três anos

das reabilitações atuais. Assim, os relatos foram retrospectivos e dependeram exclusivamente da lembrança dos pacientes. Porém, os aspectos aqui relatados se mostraram realmente importantes e impactantes para esses indivíduos.

O número pequeno da amostra não permitiu que a análise em relação ao tipo de fissura e a associação com o impacto da QV fosse realizada, porém estudos indicam que o tipo de fissura não influencia no comprometimento psicossocial desses pacientes (HUNT et al., 2005; SINKO et al., 2005).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma abordagem holística e mais humanizada nos atendimentos clínicos, dando uma devida atenção às preocupações individuais em relação aos aspectos sociais e funcionais, bem como, das experiências e percepções de cada paciente, resulta em uma complementação diagnóstica e terapêutica. Embora os questionários estruturados forneçam dados relativos à baixa QV, a causa desse impacto negativo difere entre as diferentes etiologias de perda dentária e entre os indivíduos antes e depois da reabilitação protética.

A conduta clínica e os resultados do tratamento não devem ser avaliados apenas com medidas clínicas, pois nem sempre o sucesso clínico para o profissional condiz com as necessidades e expectativas individuais de cada paciente. Para facilitar essa abordagem, os profissionais podem aumentar o tempo de consulta e ouvir atentamente as queixas do pacientes e suas preocupações e expectativas, fazendo com que suas demandas sejam integradas ao tratamento odontológico. Também é importante proporcionar um atendimento multidisciplinar simultâneo, pois a reabilitação bucal por si só nem sempre é capaz de contemplar todas as dificuldades. Responder às necessidades do paciente, quando viável, e incentivar um bom relacionamento dentista-paciente provavelmente levará a um alto grau de satisfação e afetará positivamente a QV dos pacientes, visto que nesse trabalho esses aspectos de sobressairam à qualidade técnica das próteses e à resolução dos aspectos técnicos de função e estética.

Esse estudo abre a possibilidade de realizar novos trabalhos associando métodos quantitativos e qualitativos para explorar mais profundamente a percepção de nossos pacientes odontológicos. Mas, acima de tudo, permite que os profissionais façam uma reflexão a respeito do tratamento de reabilitação bucal e da abrangente definição do que é o sucesso clínico.

7 REFERÊNCIAS

Adam R Z. Do complete dentures improve the quality of life of patients? Doctoral dissertation, Department of Restorative Dentistry, Faculty of Dentistry and World Health Organisation (WHO) Oral Health Collaborating Centre, University of the Western Cape. 2006.

Alansari R, Bedos C, Allison P. Living with cleft lip and palate: the treatment journey. *Cleft Palate Craniofac J*. 2014 Mar;51(2):222-9.

Albaker AM. The oral health-related quality of life in edentulous patients treated with conventional complete dentures. *Gerodontology*. 2013 Mar;30(1):61-6.

Alfadda SA, Attard NJ, David LA. Five-year clinical results of immediately loaded dental implants using mandibular overdentures. *Int J Prosthodont*. 2009 Jul-Aug;22(4):368-73.

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*. 2002 Sep-Oct;15(5):446-50.

Allen PF, McMillan AS, Locker D. An assessment of sensitivity to change of the Oral Health Impact Profile in a clinical trial. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001 Jun;29(3):175-82.

Allen PF, Thomason JM, Jepson NJ, Nohl F, Smith DG, Ellis J. A randomized controlled trial of implant-retained mandibular overdentures. *J Dent Res*. 2006 Jun;85(6):547-51.

Anastassiadou V, Robin Heath M. The effect of denture quality attributes on satisfaction and eating difficulties. *Gerodontology*. 2006 Mar;23(1):23-32.

Aspinall CL. Anticipating benefits and decreasing burdens: the responsibility inherent in pédiatrie plastic surgery. / *Craniofac Surg*. 2010 Sep;21:1330-4.

Awad MA, Lund JP, Dufresne E, Feine JS. Comparing the efficacy of mandibular implant-retained overdentures and conventional dentures among middle-aged edentulous patients: satisfaction and functional assessment. *Int J Prosthodont*. 2003 Mar-Apr;16(2):117-22.

Baker SR, Owens J, Stern M, Willmot D. Coping strategies and social support in the family impact of cleft lip and palate and parents' adjustment and psychological distress. *Cleft Palate Craniofac J*. 2009;46(3):229-36.

Bedos C, Loignon C. Patient-centred approaches: new models for new challenges. *J Can Dent Assoc*. 2011 Jul;77:b88.

Benington IC, Watson IB, Jenkins WM, Allan GR. Restorative treatment of the cleft palate patient. *Br Dent J*. 1979 Feb;146(4):115-8.

Berk NW, Cooper ME, Liu YE, Marazita ML. Social anxiety in Chinese adults with oral-facial clefts. *Cleft Palate Craniofac J*. 2001 Mar;38(2):126-33.

Bernheim N, Georges M, Malevez C, De Mey A, Mansbach A. Embryology and epidemiology of cleft lip and palate. *B-ENT*. 2006;2(4):11-9.

Blinkhorn AS. Qualitative research--does it have a place in dental public health? *J Public Health Dent*. 2000 Mar;60(1):3-4.

Boretti G, Bickel M, Geering AH. A review of masticatory ability and efficiency. *J Prosthet Dent*. 1995 Oct;74(4):400-3.

Bower E, Scambler S. The contributions of qualitative research towards dental public health practice. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007 Jun;35(3):161-9.

Bowling A. What things are important in people's live? A survey of the public's judgements to inform scales of health-related quality of life. *Soc Sci Med* 1995 Nov;41:1447-62.

Braga SRS, R Telarolli Junior, Braga AS, Catirse ABCE.B. Efeito do uso de próteses na alimentação de idosos. *Rev Odontol UNESP*. 2002;31(1):71-81.

Bramanti E, Matacena G, Cecchetti F, Arcuri C, Cicciù M. Oral health-related quality of life in partially edentulous patients before and after implant therapy: a 2-year longitudinal study. *Oral Implantol*. 2013 Feb;6(2):37-42.

Brennan D, Spencer J, Roberts-Thomson K. Dental knowledge and oral health among middle-aged adults. *Aust N Z J Public Health*. 2010 Oct;34(5):472-5.

Carr AJ, Higginson IJ. Are quality of life measures patient centred? *BMJ*. 2001 Jun;322(7298):1357-60.

Compagnoni MA, Paleari AG, Rodriguez LS, Giro G, Mendoza Marin DO, Pero AC. Impact of replacing conventional complete dentures with implant-supported fixed complete dentures. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2014 Nov-Dec;34(6):833-9.

Danino A, Gradell J, Malka G, Moutel G, Hervé C, Rosilio C. [Social adjustment in French adults from who had undergone standardised treatment of complete unilateral cleft lip and palate]. *Ann Chir Plast Esthet*. 2005 Jun;50(3):202-5.

de Souza e Silva ME, de Magalhães CS, Ferreira e Ferreira E. Complete removable prostheses: from expectation to (dis)satisfaction. *Gerodontology*. 2009 Jun;26(2):143-9.

Farias Neto A, Mestriner Junior W, Carreiro AaF. Masticatory efficiency in denture wearers with bilateral balanced occlusion and canine guidance. *Braz Dent J*. 2010 Apr;21(2):165-9.

Flick U. *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre:Artmed; 2009.

Foo P, Sampson W, Roberts R, Jamieson L, David D. General health-related quality of life and oral health impact among Australians with cleft compared with population norms; age and gender differences. *Cleft Palate Craniofac J*. 2012 Jul;49(4):406-13.

Garrett NR, Kapur KK, Perez P. Effects of improvements of poorly fitting dentures

and new dentures on patient satisfaction. *J Prosthet Dent.* 1996 Oct;76(4):403-13.

Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes.* 2010 Nov;8:126.

Gibbs G. *Análise de dados qualitativos.* Porto Alegre: Artmed; 2009.

Gjengedal H, Berg E, Gronningsaeter AG, Dahl L, Malde MK, Boe OE, et al. The influence of relining or implant retaining existing mandibular dentures on health-related quality of life: a 2-year randomized study of dissatisfied edentulous patients. *Int J Prosthodont.* 2013 Jan-Feb;26(1):68-78.

Guyatt GD, Cook DJ. Health status, quality of life and the individual. *JAMA* 1994 Aug;272(8):630–1.

Harris D, Höfer S, O'Boyle CA, Sheridan S, Marley J, Benington IC, et al. A comparison of implant-retained mandibular overdentures and conventional dentures on quality of life in edentulous patients: a randomized, prospective, within-subject controlled clinical trial. *Clin Oral Implants Res.* 2013 Jan;24(1):96-103.

Heydecke G, Locker D, Awad MA et al. Oral and general health-related quality of life with conventional and implant dentures. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003 May; 31: 161–8.

Hickey AJ, Salter M. Prosthodontic and psychological factors in treating patients with congenital and craniofacial defects. *J Prosthet Dent* 2006 May; 95:392-6.

Hunt O, Burden D, Hepper P, Johnston C. The psychosocial effects of cleft lip and palate: a systematic review. *Eur J Orthod.* 2005 Jun;27: 274-85.

Hyland R, Ellis J, Thomason M, El-Feky A, Moynihan P. A qualitative study on patient perspectives of how conventional and implant-supported dentures affect eating. *J Dent.* 2009 Sep;37(9):718-23.

Incici E, Matuliene G, Hüsler J, Salvi GE, Pjetursson B, Brägger U. Cumulative costs for the prosthetic reconstructions and maintenance in young adult patients with birth defects affecting the formation of teeth. *Clin Oral Impl Res.* 2009, Mar; 20:715-21.

Jeffery S, Boorman JG. Patient satisfaction with cleft lip and palate services in a regional centre. *Br J Plast Surg.* 2001 May;54:189-91.

Kashbour WA, Rousseau NS, Ellis JS, Thomason JM. Patients' experiences of dental implant treatment: A literature review of key qualitative studies. *J Dent.* 2015 Jun;43(7):789-97.

Komagamine Y, Kanazawa M, Kaiba Y, Sato Y, Minakuchi S, Sasaki Y. Association between self-assessment of complete dentures and oral health-related quality of life. *J Oral Rehabil.* 2012 Nov;39(11):847-57.

Koshino H, Hirai T, Ishijima T, et al: Quality of life and masticatory function in denture wearers. *J Oral Rehabil* 2006 Apr;33:323-9.

Lee JY, Watt RG, Williams DM, Giannobile WV. A New Definition for Oral Health: Implications for Clinical Practice, Policy, and Research. *J Dent Res*. 2016 Nov; 1-3

Lepelge A, Hunt S. The problem of quality of life in medicine. *JAMA* 1997 Jul;278:47-50.

Locker D, Allen F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community Dent Oral Epidemiol* 2007 Nov;35: 401-11.

MacEntee MI. Measuring the impact of oral health in old age: a qualitative reaction to some quantitative reviews. *Gerodontology*. 1996 Dec;13:76-81.

MacEntee MI. Quality of life as an indicator of oral health in older people. *J Am Dent Assoc*. 2007 Sep;138:47-52.

Mack F, Schwahn C, Feine JS, Mundt T, Bernhardt O, John U, et al. The impact of tooth loss on general health related to quality of life among elderly Pomeranians: results from the study of health in Pomerania (SHIP-O). *Int J Prosthodont*. 2005 Sep-Oct;18(5):414-9.

Mani M, Carlsson M, Marcusson A. Quality of life varies with gender and age among adults treated for unilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J*. 2010 Feb;47:491-8.

Marcusson A, List T, Paulin G, Akerlind I. Reliability of a multidimensional questionnaire for adults with treated complete cleft lip and palate. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Sttrg*. 2001 Jul;35:271-8.

McGrath C, Bedi R. Can dentures improve the quality of life of those who have experienced considerable tooth loss? *J Dent*. 2001 May;29(4):243-6.

Mericske-Stern RD, Taylor TD, Belser U. Management of the edentulous patient. *Clin Oral Implants Res* 2000 Jul;1:108-25.

Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 27ed. Petrópolis:Vozes Limitada;2011.

Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde*. 12 ed. São Paulo:Hucitec – Abrasco, 2010.

Moore D, McCord JF. Prosthetic dentistry and the unilateral cleft lip and palate patient. The last 30 years. A review of the prostodontic literature in respect of treatment options. *Eur J Prosthodont Restor Dent*. 2004 Jun;12(2):70-4.

Mossey PA, Little J, Munger RG, Dixon MJ, Shaw WC. Cleft lip and palate. *Lancet*. 2009 Nov 21;374(9703):1773-85.

Nordenram G, Davidson T, Gynther G, Helgesson G, Hultin M, Jemt T, et al. Qualitative studies of patients' perceptions of loss of teeth, the edentulous state and

prosthetic rehabilitation: a systematic review with meta-synthesis. *Acta Odontol Scand.* 2013 May-Jul;71(3-4):937-51.

O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med.* 2014 Sep;89(9):1245-51.

Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile –short form. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005 Aug;33(4):307-14.

Oosterkamp BC, Dijkstra PU, Remmelink HJ, van Oort RP, Goorhuis-Brouwer SM, Sandham A, et al. Satisfaction with treatment outcome in bilateral cleft lip and palate patients. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2007 Oct;36(10):890-5.

Prutkin JM, Feinstein AR. Quality-of-life measurements: Origin and pathogenesis. *Yale J Biol Med.* 2002 Mar-Apr ;75:79–93.

Ramstad T, Otten E, Shaw WC. Psychosocial adjustment in Norwegian adults who had undergone standardised treatment of complete cleft lip and palate. Part II. Self-reported problems and concerns with appearance. *Scand J Plast Recotistr Surg Hand Surg.* 1995 Jul;29:329-36.

Richman LC, Eliason M. Psychological characteristics of children with cleft lip and palate: intellectual, achievement, behavioral, and personality variables. *Cleft Palate J.* 1982 Oct;19:249–57.

Ritchie J, Spencer L, O'Connor W. Carrying out qualitative analysis. *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers.* 2ed. Thousand Oaks: Sage Publications 2003;

Semb G, Brattström V, Mølsted K, Prah Andersen B, Zuurbier P, Rumsey N. The Eurocleft Study: intercenter study of treatment outcome in patients with complete cleft lip and palate. Part 4: Relationship among treatment outcome, patient/parent Satisfaction, and the burden of care. *Cleft Palate Craniofac J.* 2005 Jan: 42: 64–8.

Sinko K, Jagsch R, Prechtl V, Watzinger F, Hollmann K, Baumann A. Evaluation of esthetic, functional, and quality-of-life outcome in adult cleft lip and palate patients. *Cleft Palate Craniofac J.* 2005 Jul;42:355-61.

Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res.* 2011 Nov;90(11):1264-70.

Sivakumar I, Sajjan S, Ramaraju AV, Rao B. Changes in Oral Health-Related Quality of Life in Elderly Edentulous Patients after Complete Denture Therapy and Possible Role of their Initial Expectation: A Follow-Up Study. *J Prosthodont.* 2015; Aug24(6):452-6.

Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health* 1994; 11: 3–11.

Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997 Aug; 25: 284–90.

Smith PA, Entwistle VA, Nuttall N. Patients' experiences with partial dentures: a qualitative study. *Gerodontology.* 2005 Dec;22(4):187-92.

Souza RF, Patrocínio 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 May;34(11):821-6.

Strauss A., Corbin J. *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: Sage Publications. 1998.

Tan H, Peres KG, Peres MA. Retention of Teeth and Oral Health-Related Quality of Life. *J Dent Res.* 2016 Jul; 95(12): 1350-7

Thomas PT, Turner SR, Rumsey N, Powell T, Sandy JR. Satisfaction with facial appearance among subjects affected by a cleft. *Cleft Palate Craniofac J.* 1997;34:226-31.

Thomason JM, Lund JP, Chehade A et al. Patient satisfaction with mandibular implant overdentures and conventional dentures 6 months after delivery. *Int J Prosthodont* 2003 Sep-Oct; 16: 467–73.

Thomason JM. The use of mandibular implant-retained overdentures improve patient satisfaction and quality of life. *J Evid Based Dent Pract.* 2012 Sep;12(3):182-4.

Thompson A, Kent G. Adjusting to disfigurement: processes involved in dealing with being visibly different. *Clin Psychol Rev.* 2001 Jul;21:663-82.

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007 Dec;19(6):349-57.

Trulsson U, Engstrand P, Berggren U, Nannmark U, Brånemark PI. Edentulousness and oral rehabilitation: experiences from the patients' perspective. *Eur J Oral Sci.* 2002 Dec;110(6):417-24.

Trulsson U, Klingberg G. Living with a child with a severe orofacial handicap: experiences from the perspectives of parents. *Eur J Oral Sci.* 2003 Feb;111(1):19-25.

Vojvodic D, Jerolimov V, Celebic A. Prosthetic rehabilitation of a cleft palate patient: a clinical report. *J Prosthet Dent.* 1996 Sep;76(3):230-2.

Yamaga E, Sato Y, Minakuchi S. A structural equation model relating oral condition, denture quality, chewing ability, satisfaction, and oral health-related quality of life in complete denture wearers. *J Dent.* 2013 Aug;41(8):710-7.

Yunus N, Masood M, Saub R, Al-Hashedi AA, Taiyeb Ali TB, Thomason JM. Impact of mandibular implant prostheses on the oral health-related quality of life in partially and completely edentulous patients. *Clin Oral Implants Res.* 2016 Jul;27(7):904-9..

Zarb GA, Schmitt A. Implant prosthodontic treatment options for the edentulous patient. *J Oral Rehabil.* 1995 Aug;22(8):661-71.

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: “COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE SUJEITOS COM FISSURAS LABIOPALATINAS E SUJEITOS EDENTADOS: UMA ANÁLISE QUANTITATIVA E QUALITATIVA

Gostaria de convidá-lo a participar do meu trabalho de mestrado, intitulado “comparação da qualidade de vida entre sujeitos com fissuras labiopalatinas e sujeitos edentados: uma análise quantitativa e qualitativa”. Seguem abaixo algumas informações pertinentes a sua participação. Obrigada!

I. Justificativa e objetivos da pesquisa: Este estudo tem por objetivo avaliar o impacto da reabilitação dentária e da história de edentulismo na qualidade de vida em sujeitos adultos: pacientes portadores de fissuras labiopalatinas e pacientes portadores de prótese total superior e protocolo inferior da Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Os possíveis resultados deste estudo em indivíduos fissurados e edentados submetidos à reabilitação bucal poderão auxiliar na avaliação mais detalhada do impacto da reabilitação sobre a função geral e em outras dimensões que caracterizam a qualidade de vida desses grupos de indivíduos.

II. Procedimentos a serem utilizados:

Caso resolva participar desta pesquisa, você será submetido a uma série de exames e terá de responder a alguns questionários. Primeiro, faremos uma anamnese que se trata de um questionário com perguntas sobre sua saúde, histórico médico e odontológico, e sobre seus hábitos. Depois, você será submetido ao exame clínico, onde registramos as suas condições bucais. Será feito também um questionário sobre a sua qualidade de vida.

Após essa primeira etapa, você poderá ser selecionado para a segunda etapa do estudo, na qual você será convidado a participar de uma entrevista individual, onde conversaremos sobre alguns temas relativos ao resultado do seu tratamento reabilitador.

III. Desconfortos ou riscos esperados

Fica claro e esclarecido que estes exames são inócuos e não alteram em nada o protocolo de tratamento a ser empregado na clínica, bem como o resultado do tratamento.

IV. Benefícios que se pode obter

Será realizada uma avaliação gratuita das condições bucais e de saúde dos pacientes.

V. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos

Considerando que as reabilitações protéticas possam ter algumas limitações na reabilitação, o paciente poderá ser encaminhado para tratamentos com fonoaudiólogo, psicólogo ou clínico.

VI. Garantia de resposta à qualquer pergunta

A Dra. Rosemary Sadami Arai Shinkai ou Mariana Bauer Bronstrup discutiu comigo o estudo e todas as minhas perguntas foram respondidas. Caso eu possua qualquer outra dúvida sobre o estudo, tenho o direito de solicitar esclarecimentos em qualquer fase da pesquisa. Caso tiver novas perguntas sobre o estudo, posso chamar a Dra. Mariana Bauer Bronstrup pelo telefone 51-93239833 para qualquer pergunta sobre o estudo ou minha participação voluntária. Para qualquer pergunta

ANEXO B - ANAMNESE E EXAME CLÍNICO

Data do exame inicial: _____

1. Identificação do paciente

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone Res: _____ Celular: _____

Sexo: () feminino () masculino

Cor ou Raça (fonte: IBGE 2000):

() branca () parda () preta () amarela () indígena () sem declaração

Data de Nascimento: _____ Local de Nascimento: _____

Profissão: _____ Peso: _____ Altura: _____

Tipo de fissura:

Relação com outras síndromes:

Presença de malformados na família

Observações:

1. Identificação Social

1.1 Anos de estudo: (fonte: IBGE 2000)

- sem instrução e menos de 1 ano
 1 a 3 anos
 4 a 7 anos
 8 a 10 anos
 11 a 14 anos
 15 ou mais
 não determinados

1.2 Nível educacional concluído:

(fonte: IBGE 2000)

- Nenhum
 Alfabetização de adultos
 Fundamental incompleto (1º-3º série)
 Fundamental incompleto (4º - 7ºsérie)
 Fundamental
 Médio
 Superior Graduação
 Superior (Mestrado ou Doutorado)

1.3 Natureza da união: (fonte: IBGE 2000)

- Solteiro
 Casado
 Viúvo
 Desquitado ou separado judicialmente
 Divorciado

1.4 Rendimento médio mensal familiar: (fonte: IBGE 2000)

- Até 2 SM
 Mais de 2 SM até 5 SM
 Mais de 5 SM a 10 SM
 Mais de 10 SM a 20 SM
 mais de 20 SM
 Sem rendimento

1.5 Número de indivíduos por domicílio: (fonte: IBGE 2000)

- 1 indivíduo
 2 Indivíduos
 3 Indivíduos
 4 Indivíduos
 5 ou mais indivíduos

1.6 Responsável pelo domicílio em relação ao tipo de família: (fonte: IBGE 2000)

- Morando sozinho
 Casal sem filhos
 Casal com filhos
 Morando com filhos ou parentes

2. Avaliação da Função Física

2.1 Necessita de auxílio ou acessório para locomoção?

Não

Se Sim: Outra pessoa Bengala

Andador Cadeira-de-rodas

2.2 Realiza alguma atividade física?

Não

Sim, há quanto tempo?

- menos de 6 meses
 entre 6 meses e um ano
 entre 1 a 2 anos
 entre 2 a 5 anos
 mais de 5 anos

Qual? _____

Quantas vezes por semana?

- 1 vez 2 vezes 3 vezes mais que 4 vezes

2.3 Sofreu alguma queda no último ano?

Sim Não Se sim há quanto tempo?__

2.4 Já sofreu alguma fratura?

Sim Não Onde? _____

Há quanto tempo? _____

2.5 Já fez fisioterapia?

() sim () não Há quanto tempo? _____

Em que parte do corpo?

() pernas () tronco () braços () cabeça ()

Outra: _____

3. História de saúde geral:

3.1 É fumante?

() Não

() Ex-fumante. Parou há quanto tempo?__

() Sim Quanto tempo? _____ Quantos cigarros por dia?_____

3.2 Toma bebida alcoólica?

() Não

() Socialmente

() Semanalmente

() Diariamente

3.3 Está em tratamento médico?

() Sim () Não

3.4 Qual medicamento está tomando diariamente? _____

3.5 Tem alergia algum medicamento?

() Sim () Não Qual?_____

3.6 Fez alguma cirurgia? () Sim () Não

Onde?_____ Há quanto tempo?__

3.7 Tem dor nas costas?

() Nunca () Eventualmente

() Mensalmente () Semanalmente

() Diariamente

3.8 Tem dor nas pernas?

() Nunca () Eventualmente

() Mensalmente () Semanalmente

() Diariamente

3.9 Tem dor nas articulações/juntas das pernas?

() Nunca () Eventualmente

() Mensalmente () Semanalmente

() Diariamente

3.10 Tem dor de cabeça?

() Nunca () Eventualmente

() Mensalmente () Semanalmente

() Diariamente

4. Anamnese

4.1 Depressão? () sim () não () não sabe

4.2 Anemia? () sim () não () não sabe

4.3 Asma? () sim () não () não sabe

4.4 Aids? () sim () não () não sabe

4.5 Hepatite? () sim () não () não sabe

4.6 Artrite reumatóide? () sim () não

() não sabe

4.7 Artrose? () sim () não () não sabe

4.8 Osteopenia ou osteoporose?

() sim () não () não sabe

4.9 Tuberculose? () sim () não () não sabe

4.10 Febre Reumática? () sim () não

() não sabe

4.11 Arritmia cardíaca? () sim () não

() não sabe

4.12 Pressão sangüínea? () normal () baixa

() alta () não sabe

4.13 Infarto? () sim () não Há quanto tempo?

4.14 AVC? () sim () não Há quanto tempo?

4.15 Hipotireoidismo? () sim () não () não sabe

4.16 Hipertireoidismo? () sim () não () não

sabe

4.17 Diabetes? () sim () não () não sabe

4.18 Problemas renais? () sim () não () não

sabe

4.19 Problemas intestinais?

() sim () não () não sabe

4.20 Problemas cardíacos?

() sim () não () não sabe

4.21 Problemas de circulação?

() sim () não () não sabe

Problemas hepáticos?

() sim () não () não sabe

Algum outro problema de saúde sistêmico?

Qual? _____

5. Avaliação Odontológica:

5.1 Escova os dentes quantas vezes ao

dia? _____

5.2 Usa fio dental? () sim () não () não sabe

5.3 Sua gengiva sangra ou doi?

() sim () não () não sabe

5.4 Dificuldade, dor ou barulho ao abrir a boca?

() sim () não () não sabe

5.5 Consegues mastigar bem os alimentos?

() sim () não () não sabe

5.6 Tem dor ou desconforto na face e/ou na

região da articulação (ATM)?

() sim () não () não sabe

5.7 Aperta ou range os dentes?

() sim () eventualmente () não sabe () não

5.8 Já apresentou algum problema na mandíbula

(luxação, fratura, trauma)?

() sim () não () não sabe

5.9 Há quanto tempo usa prótese?

() menos de um ano

() entre 1 a 5 anos

() entre 5 a 10 anos

() mais de 10 anos

5.10 Quantos anos têm esta última prótese?

() menos de 6 meses

() entre 6 meses e um ano

() entre 1 a 2 anos

() entre 2 e 5 anos

() mais de 5 anos

5.11 Foram realizadas consultas de revisão e manutenção da prótese?

() sim () não () não sabe/lembra

Data da última consulta ao dentista? _____

Exame Clínico Odontológico

Higiene () normal () regular () deficiente

Halitose () ausente () moderada () forte

Tártaro () ausente () pouco () muito

Gengivite () Periodontite ()

Tecidos moles

Língua _____

Palato _____

Assoalho bucal _____

Lábios _____

Oclusão

RC-MIH _____

Guia canino D / E _____

Função em

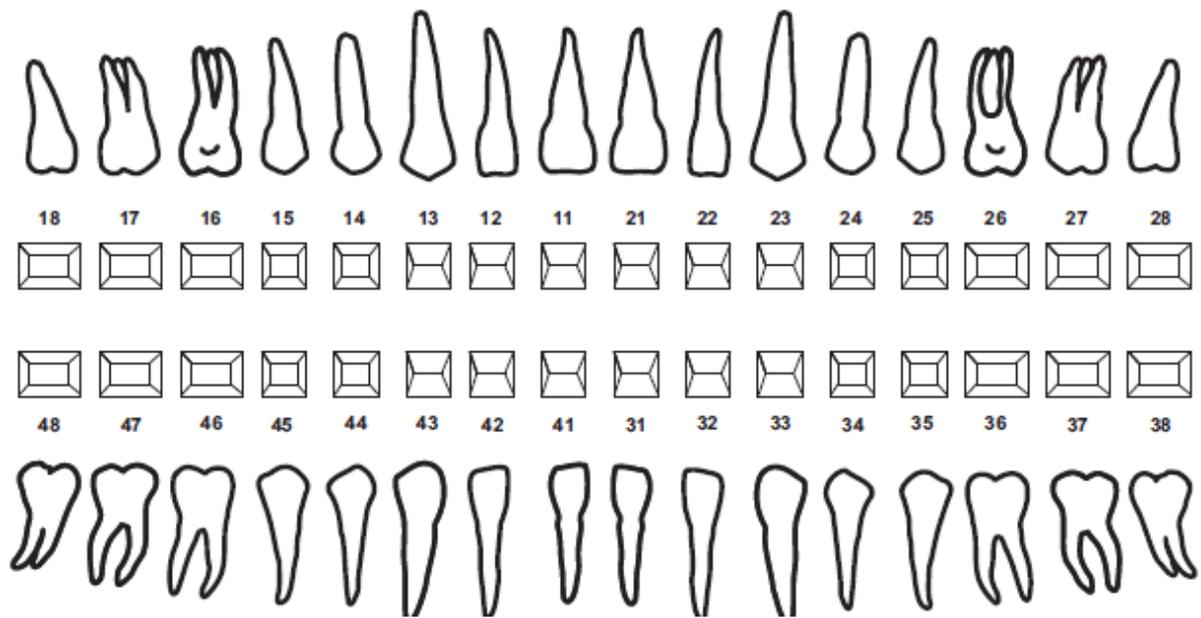
grupo _____

Protrusão _____

Mordida

aberta _____

Mordida cruzada _____



DENTE	ALTERAÇÃO CLÍNICA ENCONTRADA	DENTE	ALTERAÇÃO CLÍNICA ENCONTRADA
18		38	
17		37	
16		36	
15		35	
14		34	
13		33	
12		32	
11		31	
21		41	
22		42	
23		43	
24		44	
25		45	
26		46	
27		47	
28		48	

ANEXO C
Impacto do Perfil da Condição Oral na Qualidade de Vida
Oral Health Impact Profile (OHIP-14)

NOME: _____

DATA: _____

Marque a resposta que desejar lembrando que as perguntas se referem aos problemas que podem ter ocorrido com você no <u>último ano</u>	
1. Você teve problemas em pronunciar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentadura?	(0) nunca (1) raramente (2) às vezes (3) repetidamente (4) sempre
2. Você sentiu que o seu paladar piorou por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentadura?	(0) nunca (1) raramente (2) às vezes (3) repetidamente (4) sempre
3. Você teve dores na sua boca?	(0) nunca (1) raramente (2) às vezes (3) repetidamente (4) sempre
4. Você já achou desconfortável mastigar algum alimento por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	(0) nunca (1) raramente (2) às vezes (3) repetidamente (4) sempre
5. Você esteve preocupado por causa de problemas dentários?	(0) nunca (1) raramente (2) às vezes (3) repetidamente (4) sempre
6. Você se sentiu tenso por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	(0) nunca (1) raramente (2) às vezes (3) repetidamente (4) sempre

7. Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	(0) nunca (1) raramente (2) às vezes (3) repetidamente (4) sempre
8. Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes boca ou dentadura?	(0) nunca (1) raramente (2) às vezes (3) repetidamente (4) sempre
9. Você teve dificuldade de relaxar por causa de problemas com seus dentes boca ou dentadura?	(0) nunca (1) raramente (2) às vezes (3) repetidamente (4) sempre
10. Você ficou envergonhado por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	(0) nunca (1) raramente (2) às vezes (3) repetidamente (4) sempre
11. Você ficou um pouco irritado com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	(0) nunca (1) raramente (2) às vezes (3) repetidamente (4) sempre
12. Você teve dificuldades em fazer suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	(0) nunca (1) raramente (2) às vezes (3) repetidamente (4) sempre
13. Você sentiu que a vida em geral ficou pior por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	(0) nunca (1) raramente (2) às vezes (3) repetidamente (4) sempre
14. Você teve sua capacidade de trabalho reduzida por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	(0) nunca (1) raramente (2) às vezes (3) repetidamente (4) sempre

ANEXO D – COREQ
Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32 item
checklist

Check list dos itens do presente estudo qualitativo

I

No Item	Guide Questions/description	Check list
Domain 1: Research team and reflexivity		
<i>Personal Characteristics</i>		
1. Interviewr/ facilitator	Which autor/s conduced the interview?	✓
2. Credentials	What were the researchers credentials?	✓
3. Occupation	What was their occupation at the time of the study?	✓
4. Gender	Was the researchers male or female?	✓
5. Experience and treining	What experience or training did the researcher have?	✓
<i>Relationship with participants</i>		
6. Relationship <u>established</u>	Was a relationship established prior to study commencement?	✓
7. Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher?	✓
8. Interviewer of characteristics	What the characteristics were reported the interviewer	✓
Domain 2: Study design		
<i>Theoretical framework</i>		
9. Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was started to underpin the study?	✓
<i>Participant selection</i>		
10. Sampling	How were participants selected	✓
11. Method of approach	How were participants approached	✓
12. Sample size	How many participants were in the study	✓
13. Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	✓
<i>Sitting</i>		
14. Setting of data collection	Where was the data collected?	✓
15. Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?	✓
16. Description of sample	What are the important characteristics of the sample?	✓
<i>Data collection</i>		
17. Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors?	✓
18. Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	✗
19. Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	✗
20. Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	✓

21. Duration	What was the duration of the interviews?	✓
22. Data saturation	Was data saturation discussed?	✗
23. Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	✗
Domain 4: analysis and findings		
<i>Data analysis</i>		
24. Number of data coders	How many data coders coded the data?	✓
25. Description of the coding tree	Did the authors provide a description of the coding tree?	✓
26. Derivations of themes	Were the themes identified in advance or derived from the data?	✓
27. Software	What software, if applicable, was used to manage the data?	✗
28. Participant checking	Did participants provide feedback on the findings	✓
<i>Reporting</i>		
29. Quotations presented	Were participants quotations presented to illustrate the themes/ findings? Was each quotation identified?	✓
30. Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?	✓
31. Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?	✓1
32. Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	✓

ANEXO E

Tabela contendo resumos de relatos das vivências antes da reabilitação

	<i>FISSURADOS - ANTES</i>	<i>PTFI - ANTES</i>
LIMITAÇÃO FUNCIONAL	FLP03: “(...)de sorrir, de comer, de conversar, porque na época saía um pouco (...) saía um Shhh por causa dos dentes que eu não tinha (...) eu deixava de sair, daí, pra não ter que conversar e nem nada”.	
DOR FISICA	-----	<p>PTFI01: “A prótese não parava (...) daí pisava, eu ia no dentista e não adiantava, continuava pisando (...) daí sangrava sabe”.</p> <p>“(...) eu passava dois, três dias sem comer nada (...) de tão machucado que ficava e dava aquela agonia.”</p> <p>PTFI05: “Eu vivia com afta na boca, vivia machucado (...) nossa, eu vivia com dor no estômago. Muita dor no estômago eu tinha”</p> <p>“eu não conseguia assim (...) mastigar. Porque machucava, da dor que eu tinha na boca”.</p> <p>PTFI01: “Aquilo assim, eu engolia tudo inteiro, fazia mal né, pro estômago, eu sabia que fazia mal, mas não tinha outro jeito.”</p> <p>PTFI03: “(...)depois tu dava aquele gengivasso e imagina como que tava o meu estômago né, porque tu não mastigava né”.</p>
	FLP04: “eu nunca comi muito (...) mas eu não comia era pra cuidar mesmo, pra não me machucar”.	<p>PTFI05: “(...)porque não tinha mais nada que segurasse essa aqui de baixo (...) então eu fui atrás pra poder comer melhor né(...)tudo porque eu não mastigava direito”.</p> <p>PTFI01: “(...) era uma tristeza pra comer então eu, eu engolia inteiro (...) eu não conseguia comer carne, rapadura(...)essas coisas que eu tinha que mastigar(...) eu não conseguia mastigar então eu engolia tudo inteiro.”</p>

<p style="text-align: center;">INCAPACIDADE FISICA</p>		<p>PTFI05: “eu nunca consegui usar a de baixo, nunca usei nada, era no gengivasso mesmo (...) era horrível né, porque tu não podia mastigar (...) cortava bem fininho e engolia aquilo assim(...) o pinhão antes tinha que ou bater com o martelo e salta fora (...) ou alguém tinha que mastigar pra mim pro pinhao ir pra fora ”.</p> <p>PTFI02: “A prótese não parava, não parava, não parava. Daí pisava e eu ia no dentista e não adiantava (...)”.</p> <p>“(…) eu não podia comer um amendoim, não podia comer um pedaço de carne (...) não conseguia e nem fazia. Eu ia nos churrascos mas não tinha gosto (...) não tinha vontade, porque a gente comia meio inteiro. (...)porque a carne tu tem que comer e sentir desmanchar né, comer devagar, mastigar bem. Ai tu engolia os pedaços inteiros.”</p> <p>“(…) e antes assim, eu olhava pra aquilo ali (milho verde na praia) e assim, eu não podia comer né. Passava vontade.”</p> <p>PTFI04: “As coisas mais firmes assim, eu não conseguia mastigar (...) porque machucava. Entrava por baixo da prótese o alimento, daí ficava muito ruim.” “porque eu não conseguia dar as mastigadas (...) o normal né e aí a gente não conseguia se alimentar direito.” “(...) as vezes a chapa caia, saia do lugar, não firmava.”</p>
<p style="text-align: center;">DESCONFORTO PSICOLÓGICO</p>	<p>FLP04: “(...)eu não comia era pra cuidar mesmo, eu tinha um certo...e quando eu botei a prótese eu fiquei aqueles dois anos com uma paranoia que eu não podia come (...) eu tava ficando loucar.”</p> <p>FLP03: “(...) eu já fiz nove cirurgias, cada qual assim, horrível. De ficar assim apavorada né, de achar que eu nunca ia ficar normal”.</p>	<p>PTFI04: “ (...) é que, como é que eu vou te dizer? É que assim (...) as vezes tu sentia, quando tu ia no lugar, um desconforto, uma preocupação. As vezes a chapa caia, saia do lugar, não firmava”.</p> <p>“(…) como eu te disse, tu ia conversar com as pessoas quando tu vê tinha que colocar a mao na boca porque a chapa saia do lugar”.</p> <p>PTFI01: “(...) eu engolia tudo inteiro. Fazia mal né (pro estômago), eu sei que fazia, mas não tinha outro jeito né. Tanto que eu tava gordono assim, bem</p>

		<p>mais do que eu to agora.”</p> <p>PTFI03: “(...) e depois tu dava aquele gengivasso né e imagina como que tava meu estômago né (...)”.</p>
<p>INCAPACIDADE PSICOLÓGICA</p>	<p>FLP01: “Ah, eu tinha muita vergonha né, de sair e assim, ir em lugar publico né. Eu tinha vergonha de conversar, de sorrir, porque era bem feio né. (...) tudo que envolvesse pessoas né, eu evitava.”</p> <p>“Ah, eu não gostava e não gosto muito de sair (...) mas eu sempre quis participar da igreja, ajudar as pessoas...”</p> <p>FLP02: “(...) antes eu tinha vergonha... eu não gostava de tirar foto, eu não gostava de aparecer em público, eu não gostava de sair, de falar, abrir a boca (...) Ai, eu tinha vergonha do jeito que eu era”.</p> <p>“Antes eu não gostava de fazer nada, nem de abrir a boca, nem de falar. Chegava nos lugar, as pessoas vinham falar comigo e eu mal respondia, de vergonha de abrir a boca.”</p> <p>FLP03: “ Eu deixava de sorrir, de comer, entendeu, de conversar (...) Eu deixava de sair daí, pra não ter que conversar, participar e nem nada (...) na época tinha muito bullying, eu não saía pra lugar nenhum, tinha muita vergonha, entendeu?”</p>	<p>PTFI01: “Antes eu tinha vergonha de sair de casa, porque era só quatro dente em baixo (...) eu tinha vergonha de sorrir, eu tinha vergonha de sair (...) eu não participava da comunidade assim...quando eu era convidada pra ir no colégio (...) não participava. De vergonha sabe. (...) Antes me convidavam e eu tinha vergonha de participar dessas coisas.”</p> <p>“Vergonha mesmo (...) eu tinha vergonha se alguém me olhava (...) vergonha de sair, de conversar (...) eu passei, olha eu passei, só quem passa sabe o que passou. Eu passei, eu passei muita vergonha. E isso não foi dois anos, três anos...foi anos (...) muitos anos”. “(...) e fim de ano tinha festinha, eu não ia. Nas férias eu ficava só trancada dentro de casa, de vergonha.”</p> <p>“(...) quando eu saía assim na casa dos parente (...) eu tinha vergonha de comer. Me pegava um pouquinho de comida só (...) e saía ligeiro da mesa”.</p> <p>PTFI04: “ (...) na igreja eu sempre fui, tá? Igreja em primeiro lugar. Só que assim, nos outros lugares eu não ia tanto (...) tu ia participar daí tu ia conversar com as pessoas quando vê tinha que colocar a mão na boca. (...) tu procurava te reservar um pouco e não participar muito. Ficava mais na minha, em casa. “</p> <p>PTFI05: “(...) eu me escondia pra comer e às vezes em certos locais que tinha muita gente e que tinha que comer um churrasquinho, eu não ia. Ou eu me escondia pra comer, pra não passar vergonha né”.</p>

<p>INCAPACIDADE SOCIAL</p>	<p>FLP01: “ (...) mas eu sempre quis participar da igreja, ajudar as pessoas...”</p> <p>FLP02: “Eu sempre quis ser né, catequista. Mas antes como eu ia ser né (...) não tinha como né...era assim terrível”.</p> <p>“ Antes eu não gostava de fazer nada, nem de abrir a boca, nem de falar”.</p> <p>“(…) no colégio assim (...) eu sempre ficava com a parte da escrita (...) falar assim, eu sempre passa a diante (...)”.</p> <p>FLP03: “ (...) eu deixei de estudar, mais por devido a bullying (...) eu ouvia muita chacota dos outros (...) e quando tinha que ler, oral assim (...) eu chorava muito porque eu não queria ler. Tinha essas certas dificuldades (...) eu parei de estudar mesmo por isso (...) na época tinha muito bullying, eu</p>	<p>PTFI04: “ Na igreja eu sempre fui (...) só aqui assim nos lugares eu não ia tanto (...) ficava mais na minha, em casa”.</p> <p>PTFI01: “(...) eu deixei de ir na igreja por causa disso (...) quando ia visita lá em casa eles riam e faziam folia, mas eu ficava séria, ficava com a boca fechada (...)”.</p> <p>“(…) no tempo da Azaléia né, eu nunca me sentava junto com o grupo, nunca. E eles me cobravam. E fim de ano tinha festinha, eu não ia. (...) nas férias eu só ficava dentro de casa (...) na firma todo mundo fazia grupinhos e eu ficava sentada sozinha na minha máquina (...) eu tinha vergonha de conversar (...) pra almoçar eu sentava lá na pontinha da mesa pra ninguém me olhar almoçar”</p>

	<p>não saia pra lugar nenhum”.</p> <p>FLP04: “ Eu não deixava de fazer as coisas, entendeu? (...) mas varias vezes eu ficava restrita a alguma coisa (...) eu não sorria (...) não passava batom (...) não tirava fotos (...) não conversava”.</p>	<p>“(...) eu não participa de negócios de colégio, essas coisas, eu não. (...) daí meu marido também daí também não ia, ele ficava sempre em casa comigo”.</p> <p>PTFI02: “(...) as vezes quando me atacava assim, aí eu tinha que largar tudo (...) eu ficava deitado bem quietinho, sozinho, sem falar com ninguém, dava aquela agonia sabe, aquela irritação”.</p>
<p>DEFICIÊNCIAS</p>	<p>-----</p>	<p>PTFI02: “(...) ás vezes quando me atacava assim, aí eu tinha que largar tudo (...) Eu tinha mercadinho, aí a mulher vinha cuidar e eu ia tomar café. As vezes eu dizia que ia tomar café, mas eu ficava deitado bem quietinho, sozinho, sem falar com ninguém, dava aquela agonia sabe, aquela irritação”.</p> <p>PTFI01: “(...)tu sabe que eu me candidatei há quatro anos atrás, mas eu não tinha aquela vontade, aquele ânimo.(...) fui e fiz só 57 votos(...)”.</p>
<p>AUTOESTIMA</p>	<p>FLP04: “ A minha autoestima...pra sair, assim (...) várias vezes eu ficava restrita a alguma coisa...Batom! (...) Fotos (...) conversar.</p> <p>FLP02: “(...) antes eu não me pintava (...) antes no máximo um pozinho, um lapisinho. Eu não gostava sabe, nem de me olhar no espelho. (...) antes eu não gostava de tirar foto. Nas festas, aniversários eu me escondia”.</p> <p>“Eu sempre quis ser né, catequista. Mas como eu ia ser? Eu era um bicho feio, as crianças iam fugir de mim. Não tinha como né, era assim...horível! Eu nem tinha espelho em casa pra não precisar me ver. Eu era horrível (...)”. “(...) eu tinha vergonha de como eu era. O meu rosto era totalmente diferente”.</p> <p>FLP01: “De primeira eu não usava batom né(...)”.</p> <p>FLP03: “A autoestima né, era bem mais baixa. Eu gostava de me arrumar sabe, mas não adiantava. Porque tipo, tu se arruma, mas não pode abrir a boca, dar um sorriso (...).</p>	<p>PTFI01: “Antes eu tinha vergonha, eu não saia, não me pintava (...) eu não tinha aquela vontade, aquele ânimo, aquela autoestima de participar, sabe?”</p> <p>“Porque antes eu pensava assim: ai eu to feia, minha boca, eu não posso sair, os outros vão rir de mim”.</p> <p>PTFI03: “(...) imagina como fica a tua autoestima né? (...) isso aqui era tudo pra dentro no rosto (...) batom eu praticamente não passava(...)”.</p> <p>PTFI04: “Nossa, o formato do meu rosto, isso aqui, era bem chupado, pra dentro, bem caído (...)”.</p>

<p>DOR EMOCIONAL</p>	<p>FLP03: “Quando eu era mais nova eu deixei de estudar mais por devido ao bullying(...) eu ouvia muita chacota dos outros né (...) eu saia pro recreio e eles faziam uma turma e saiam correndo atrás de mim pra dar risada” “Eu vivia me escondendo, evitando de me expor(...)” “e quando tinha que ler, oral assim(...) eu chorava muito porque eu não queria ler(...) e naquela época as professoras não...não entendiam. Achava que tinha que ler entao tinha que ler (...) não entendiam o porque que eu não queria ler. (...) eu parei de estudar por isso mesmo (...) naquela época tinha muito bullying”.</p> <p>“(...) antes pra ele (marido) eu era o patinho feio (...) tinha certos lugares que ele tinha vergonha de me levar (...) tu sente né quando tu quer a pessoa do teu lado e quando tu só quer ela pra dentro de casa (...) antes isso me magoava muito”.</p> <p>FLP02: ““Eu sempre quis ser né, catequista. Mas como eu ia ser? Eu era um bicho feio, as crianças iam fugir de mim. Não tinha como né, era assim...horrível! Eu nem tinha espelho em casa pra não precisar me ver. Eu era horrível (...)”.</p> <p>“(...) eu tinha vergonha de como eu era”.</p> <p>“Eu não gostava de aparecer em publico(...)No colégio, nos trabalhos eu sempre ficava com a parte do grupo que....eu sempre ficava na parte da escrita (...) fazer as folhas. Falar assim, eu sempre passava a diante, passava pra alguém. Eu sempre sabe, quando tinha que ficar abrindo a boca (...) ai o povo ria muito de mim”.</p>	<p>PTFI01: “Quando eu perdi meus dentes fiquei muito chateada (...) quando a gente veio pra cidade (...) daí eu sofri muito”.</p> <p>“Olha como era: um dia eu fui na missa, daí o pessoal, eu vi que eles tavam rindo de mim. “olha os quatro dente chegando” a mulher disse na minha cara isso (...) e eu ouvi aquilo e não fiquei na missa (...) aquilo me deixou muito triste e envergonhada (...) mas o pior que eu já passei foi aquele dia na missa”.</p> <p>“ Se alguém olhava pra mim e dizia: “ai o que houve com teus dentes?” aquilo chegava pra mim assim sabe (...) na firma todo mundo fazia grupinhos e eu ficava sozinha na minha máquina (...) comia se eu levava alguma coisa, eu comia meu lanchinho, tomava meu cafezinho (...) sempre sozinha, eu tava sempre sozinha. Era uma tristeza mesmo, era muito triste aquilo pra mim”.</p>
-----------------------------	--	---

ANEXO F

Tabela contendo resumos de relatos das vivências após a reabilitação

	FISSURADOS - DEPOIS	PTFI - DEPOIS
LIMITAÇÃO FUNCIONAL	<p>FLP01: “(...) só que assim, quando eu coloco aquele aparelho eu fico mais fanha, aí incomoda (...)”.</p> <p>FLP03: “Eu tenho dificuldade de pronunciar algumas palavras (...) pra pronunciar algumas palavras, eu tenho muita dificuldade (...) aí eu não consigo falar , aí eles ficam dando risada de mim (...) ficam me tirando pra dar risada.”</p> <p>“(...) ainda sai um pouco, mas bem menos do que era. Saia um <i>SHHHH</i> (...) era bem mais chiado. Ainda tá um pouco (...) eu me cuspo as vezes.”</p>	<p>PTFI01: “(...) aí a comida bate lá em cima e a gente não sente tão bem o gosto”</p> <p>PTFI02: “Talvez com o tempo eu me organize e faça a de cima né(...)dizem que a comida assim, daí fica com outro sabor né”</p>
DOR FISICA	<p>FLP03: “Eu sinto ela torta (mordida), e ela ta reta, mas pra mim o reto seria assim (...) esse é meu normal por isso que me dói aqui (...) Se ficasse assim, vamos supor, eu ficaria mais confortável”</p> <p>“eu fiquei com parestesia (...) isso me incomoda. Me incomoda muito (...) porque resseca os lábios (...) a boca repuxada. Até no meu alimentar incomoda”</p> <p>FLP01: “Essa eu ainda tiro pra comer às vezes, porque me dá ânsia de vômito aí incomoda também.”</p> <p>“(...)quando eu como entra arroz, se eu tomar Pepsi sobe pro nariz (...) isso incomoda, que entra ali e da um desconforto.”</p> <p>FLP04: (...) se tu encostar hoje uma agulha em mim ou alguma coisa, vai me doer horrores, porque eu já senti muito né(...)acho que é de tanta coisa que eu fiz, de tanto mexerem em mim.”</p>	<p>PTFI02: “As vezes o cara morde em cima (mucosa sublingual) (...) o fato é que quando eu to conversando ou comendo , aquilo ali vem aqui pra cima e eu me mordo (...) isso me incomoda muito (...) daí eu me irrita mas depois passa.”</p> <p>“ (...) mas eu faço todas as minhas atividades normal agora (...)”.</p> <p>PTFI04: “ (...) porque aquela dor de estômago eu nunca mais tive”.</p> <p>“Agora eu como tudo , parece que eu to com os meus dente de verdade (sem dor)”</p> <p>PTFI03: “O estômago tá tudo, tudo melhor (...)”.</p>
	<p>FLP04: “Agora eu me dou o luxo (...) eu como bala(...)chocolate, coxinha(...)”.</p> <p>“ Tomo um mate(...) então as vezes eu</p>	<p>PTFI05: “(...) hoje eu brinco muito, assim, se eu quero comer uma maçã, daí eu vou lá e como (...) agora eu como de tudo.”</p>

<p style="text-align: center;">INCAPACIDADE FISICA</p>	<p>faço um barulhinho estranho, que eu não fazia antes (...) tem dias que é uma beleza, tem outros dias que é um horror, aí eu digo: não, obrigada”.</p> <p>FLP02: “ Tem coisas da alimentação que ainda tenho restrições né. Maça eu ainda corto com a faca, coisa assim sabe, que se não tiver como cortar eu não como. Eu deixo de lado (...) mas carne eu comecei a comer”.</p> <p>“(…) eu vou na praia no verão e fico me babando pra comer aquela espiga de milho (...) mas aí, eu não consigo, de medo de não conseguir morder.”</p> <p>FLP01: “(…) quando eu como (...) sobe pro nariz. Todas as comidas acontece isso.(…) mas eu como de tudo, tudo normal”.</p> <p>FLP03: “eu não consigo mastigar bem. Eu engulo mais inteiro (...) carne assim não(...) eu não como maça, devido a que tem que morder, entendeu? Tudo o que é duro, bala, nada (...) e eu tenho medo de me machucar. A alimentação não melhorou muito(...) eu me afogo com muita frequência (...) eu me afogo muito fácil.”</p>	<p>PTFI01: “Maravilhosa, maravilhosa(...)agora não, agora a gente senta, mastiga bem, é bem diferente. Agora eu sento e como a vontade, fico um tempão na mesa.”</p> <p>PTFI03: “ Agora eu como até amendoim né, pipoca (...) isso aqui foi uma coisa de outro mundo pra mim tá. Maravilhoso, maravilhoso. Tu pode mastigar bem mastigado. O estômago tá tudo, tudo, tudo melhor.(…) comer pipoca, maça e pinhão. É uma delicia”</p> <p>“(…) agora eu corto até linha (...) quando eu to costurando alguma coisa (...) é o que me deixa mais faceira (...) dá pra tirar pelanquinha da unha também, dá”.</p> <p>PTFI02: “ churrasco agora é todo final de semana. Como normal depois que eu fiz essa daqui, não incomoda mais nada. Só essa daqui que afrouxa um pouco e sai do lugar (PT sup). (...)Mas só o resto tudo normal. “</p> <p>“(…) se eu pegar uma rapadurinha (...) quebro ela e como tranquilo. Pipoca, amendoim, milho verde de praia. Se eu ir na praia e não comer um milho verde, não tem praia pra mim. Agora tá tudo tranquilo.”</p> <p>PTFI04: “ Nossa, foi uma mudança muito grande. Pro melhor. A alimentação com as próteses agora, de hoje, porque aquela dor no estômago eu nunca mais tive. Agora eu como até amendoim, pipoca, parece que eu to com os meus dentes de verdade. Milho verde, nossa, coisa bem boa”.</p>
<p style="text-align: center;">DESCONFORTO PSICOLÓGICO</p>	<p>FLP04: “(…) cada vez que eu venho aqui eu sinto muito medo, medo que possam me dizer algo que me desagrade. Porque eu to muito feliz com eles. Muito. Muito. Muito. Muito. E eu não quero perder.” “ O meu maior medo é perder, esse é o meu maior medo (...) porque eu não sei se daqui um tempo, como que vai estar a minha gengiva, como é que vai ta tudo pra aguentar...eu não sei o prazo de durabilidade.”</p>	<p>PTFI05: “(…) antes quebrava muito essa parte aqui de baixo quando eu não tinha essa prótese aqui né. Ai acontece que muitas vezes eu tomo cuidado com o morder (...) pra cuidar né na hora de...tem que mastigar não muito grande (...) nem muito duro e não puxar as coisas com os dentes, pra não quebrar.”</p>

	<p>“Na minha época isso era uma anomalia, isso me preocupa. Isso é uma coisa que eu tenho medo, de ter filhos (...) eu não quero que essa criança passe o que eu passei (...) eu não penso em ter filhos por causa disso.”</p> <p>“(...) porque eu digo: ai eu mereço, sou filha de Deus (...) eu vou aproveitar, vou desfrutar um pouquinho, entendeu? (...) agora que me dou o luxo de comer.”</p> <p>FLP02: “(...) eu não sei se eu tenho medo de morder e estragar sabe, ou...ai eu não consigo. Eu fico me babando naqueles milhos, mas eu não como. De medo de não conseguir morder, de ficar vergonhoso pra mim.”</p> <p>FLP03: “(...)eu não consigo e eu tenho medo de me machucar. Eu não consigo mastigar como devido entendeu, porque eu tenho algumas limitações e medos.”</p>	
<p>INCAPACIDADE PSICOLÓGICA</p>	<p>FLP01: “ Isso mudou bastante. Agora não, agora tá bem melhor.(...) essa parte assim com as pessoas (...) agora eu to indo na igreja, eu ajudo as pessoas (...) com os idosos e com as crianças. É isso que eu queria fazer e agora eu faço. Que é essa parte assim da igreja, com as pessoas”.</p> <p>FLP02: (...) isso mudou bastante né. Eu me sinto melhor agora, mudou bastante. Tudo melhorou, agora eu falo, falo, meu marido diz que parece que eu engoli um rádio. (...) comecei a interagir mais com o publico, mais com a comunidade.”</p>	<p>PTFI01: “Essas próteses renderam, eu faço parte da comunidade, participo muito assim, trabalho com a pastoral da criança, com gestante (...) agora eu to em vários grupos, somos festeiros também da festa de São Sebastião”.</p> <p>“Eu to realizada (...) não precisar conversar e botar a mão na frente, saber que não precisa mais ter vergonha com as pessoas (...) agora eu sento na mesa e como a vontade, fico um tempão na mesa ”.</p> <p>PTFI04: “o meu convívio social melhorou muito, muito, bastante. (...) mas assim pra ser sincera eu sou outra pessoa. Tudo o que eu consigo fazer agora, que eu não conseguia fazer antes (...) eu participo, assim, bastante coisas com gente (...) eu sou uma pessoa bem, bem...com bastante atividade agora.”</p> <p>PTFI02: “(...) principalmente a minha maneira de comer. Agora dá pra ir num churrasquinho e não passar vergonha (...).”</p>

<p style="text-align: center;">INCAPACIDADE SOCIAL</p>	<p>FLP01: “Agora eu to indo na igreja, eu ajudo as pessoas (...) com os idosos e com as crianças. É isso que eu queria fazer e agora eu faço”.</p> <p>FLP02: “(...) em 2011 eu fui convidada pra ser catequista (...) então agora eu to sempre em contato com as crianças e com as mães das crianças (...) participo de coisas sociais”.</p> <p>“(...) deixa eu te mostrar as fotos , aqui é do final de semana que eu sai, aqui do encontro vocacional da paróquia, aqui foi na formatura (...)”.</p> <p>FLP03: “ (...) o formigamento (...) a boca repuxada (...) me incomoda. Eu saio pra qualquer lugar eu tenho que sair com o negocio na mao (batom) (...) se eu to no baile, na festa (...) o meu alimentar (...) eu durmo com isso (...) de madrugada eu sou obrigada a tirar a placa porque eu fico com a boca seca”.</p> <p>FLP04: “ (...) melhorou assim, sabe que 100% esses dentes (...) fotos e conversar, eu converso muito agora (...) até pra me expressar (...) eu não tenho restrição mais, eu não tenho”.</p>	<p>PTFI04: “ (...) agora eu gosto de dançar, esse é o meu lazer (...) e eu participo, assim, bastante de coisas com gente. Eu sou da área da saúde (...) faço faxina também (...) trabalho na câmara dos vereadores (...) e aí a gente sai né (...) encontro de casais (...) CTG dançar (...) no bingo a gente reúne uma turma e chimarrão (...) vamos fazer parceria e falar bobagem, sabe?! E alem disso eu vou na igreja, vou bastante”.</p> <p>PTFI02: “Faço todas as minhas atividades normal agora (...) trabalho e tal. Churrasco agora é todo o domingo”.</p>
<p style="text-align: center;">DEFICIÊNCIAS</p>	<p>-----</p>	<p>PTFI01: “(...) tudo na minha vida melhorou. Até o ânimo pra trabalhar. Até o ânimo pra trabalhar. Tudo. Tudo mesmo”.</p> <p>“(...)agora eu to bem animada, bem diferente.Eu faço caminhadas e essas coisas. A minha apresentação pras pessoas tá bem diferente .Eu preciso ter 235 pra cima. Vamos ver. É que agora eu tenho mais amizades, mais coisas né, quem sabe”.</p> <p>“(...)se eu for eleita vou dedicar aos meus dentes que me deram ânimo pra ir. Levantou o ânimo, o alto astral, bastante”.</p> <p>PTFI02: “Faço todas as minhas atividades normal agora, não me incomoda nada. Trabalho e tal, tudo bem”.</p>

<p>AUTOESTIMA</p>	<p>FLP04: “ (...) a diferença assim ó..sabe...foi imensa. A minha autoestima...batom eu passo tudo que é cor agora (...) foto entao, todos os dias (...) eu converso muito agora (...) até pra me expressar, se eu vou sair pra algum lugar eu me arrumo e eu sei que vai ficar legal”.</p> <p>FLP02: “Mas assim ó, o meu rosto...depois dessa prótese que eu to aproveitando. Sai um aniversario, uma coisa, eu já vou lá no salão arrumar meu cabelo e fazer maquiagem (...) faço tudo. É tão bom. (...) no primeiro dia que eu sai daqui com os dentes, eu já sai daqui tirando fotos (...) primeira coisa foi tirar fotos e postar no face (...) até criei uma pasta de fotos no face que o título é meu sorriso novo. Enchi de foto lá de mim sorrindo.” “As vezes eu olho as fotos de antigamente e penso: nossa o que parece isso? Que horror, que isso.”.</p> <p>FLP01: “(...) agora eu uso (batom) , ficou mais parelha a boca. Bá, bem melhor de se arrumar, deu uma boa melhorada”.</p> <p>FLP02: “O resultado foi tão bom... To saindo mais, assim sabe. O visual mudou tudo mudou. A minha autoestima melhorou, to sempre no cabelereiro (...) eu saio assim toda diferente. Nem pareço eu”.</p>	<p>PTFI01: “Minha autoestima melhorou muito, pra me arrumar melhorou muito, até vou fazer uma limpeza de pele (...) passo bastante batom agora (...) minha apresentação pras pessoas tá diferente (...) é muito bom sorrir (...) me deram o sorriso de volta (...) sou outra pessoa. Feliz da vida”.</p> <p>PTFI03: “ Minha Irma me fala porque eu to sempre sorrindo, mas claro (...) eu me deito agora e dou umas risadas”.</p> <p>PTFI04: “ A minha aparência melhorou também, muito (...) agora olha como tá, outra coisa. E aí é o visual da gente(...) da mais vontade de se pintar, passar batom”.</p>
<p>DOR EMOCIONAL</p>	<p>FLP04: “ O meu medo é perde-la só (...) porque cada vez que eu venho aqui eu sinto muito medo, medo que possam me dizer algo que me desagrade sabe (...) porque eu to muito feliz com eles. Muito. Muito. Muito. Muito. E eu não quero perder (...)”.</p> <p>“ Na época isso era uma anomalia, isso me preocupa. Isso é uma coisa que eu tenho medo, de ter filhos, Deus que me perdoe e me castigue, mas eu não quero que essa criança passe o que eu passei. (...) porque eu sei que eu carrego uma carga genética muito grande(...)”.</p>	<p>PTFI01: “(...) mas naquela igreja, eu nunca mais eu fui (...) aquilo ali me doeu, sabe. Aquela mágoa eu ainda tenho. Aquilo ali me doeu”.</p>

	<p>“ Se tu encostar hoje uma agulha em mim ou alguma coisa assim, vai doer horrores, porque eu já senti muito né (...) qualquer coisa que tu fizer em mim é horrível, vai doer (...) então pra mim qualquer coisinha já é muito. Acho que é de tanta coisa que eu já fiz, de tanto mexerem em mim”.</p> <p>FLP03: “ (...) eu tenho dificuldades de pronunciar algumas palavras (...) as vezes meu filho diz assim: “mãe diz tal coisa” e é umas palavras difíceis sabe (...) eu não consigo falar e ai eles ficam dando risada de mim. (...) ficam me tirando pra dar risada sabe”.</p>	
--	--	--