

Bruna Barbosa Corrêa

**QUALIDADE DE VIDA E FATORES CLÍNICOS ASSOCIADOS  
A PERCEPÇÃO DA DIFICULDADE DE HIGIENIZAÇÃO EM  
PACIENTES COM REABILITAÇÕES  
IMPLANTOSSUPORTADAS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Odontologia – área de concentração Implantodontia.  
Orientador: Prof. Dr. Marco Aurélio Bianchini

Florianópolis  
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Corrêa, Bruna Barbosa

Qualidade de vida e fatores clínicos associados a percepção da dificuldade de higienização em pacientes com reabilitações implantossuportadas / Bruna Barbosa Corrêa ; orientador, Marco Aurélio Bianchini - Florianópolis, SC, 2016.

66 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós Graduação em Odontologia.

Inclui referências

1. Odontologia. 2. Prótese implantossuportada. 3. Higiene oral. 4. Satisfação do paciente. I. Bianchini, Marco Aurélio. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. III. Título.

Bruna Barbosa Corrêa

**QUALIDADE DE VIDA E FATORES CLÍNICOS ASSOCIADOS  
A PERCEPÇÃO DA DIFICULDADE DE HIGIENIZAÇÃO EM  
PACIENTES COM REABILITAÇÕES  
IMPLANTOSSUPORTADAS**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Florianópolis, 25 de fevereiro de 2016.

---

Prof<sup>ª</sup>. Izabel Cristina Santos Almeida, Dr<sup>ª</sup>.  
Coordenadora do Curso

**Banca Examinadora:**

---

Prof. Marco Aurélio Bianchini, Dr.  
Orientador  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof<sup>ª</sup>. Keila Cristina Rausch Pereira, Dr<sup>ª</sup>.  
Universidade do Sul de Santa Catarina

---

Prof<sup>ª</sup>. Gláucia Santos Zimmerman, Dr<sup>ª</sup>.  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Luis André Mendonça Mezzomo, Dr.  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. César Augusto Magalhães Benfatti, Dr.  
Suplente  
Universidade Federal de Santa Catarina



Dedico este trabalho à minha mãe e meu pai, que nunca mediram esforços para despertar o melhor de mim.



## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha família. Obrigada por serem a certeza nos meus momentos de dúvida. Minha mãe, **Zulmar**, por ser meu melhor exemplo de professora, sua paixão e dedicação são inspiradoras. Meu pai, **José Nazareno**, que me mostrou que para alcançar nossos objetivos, toda a caminhada vale a pena. Minha irmã **Luiza**, que sempre comemora cada pequena vitória que alcanço. Amo vocês.

Ao meu orientador, professor **Marco Aurélio Bianchini**, por acreditar em mim e explorar meu potencial. Obrigada por ser sempre tão sincero e aberto, e por estes dois anos de boa convivência.

Aos professores do CEPID **Ricardo de Souza Magini, Antônio Carlos Cardoso, César Augusto Magalhães Benfatti, Cláudia Ângela Maziero Volpato e Luis André Mendonça Mezzomo**, agradeço por toda dedicação e conhecimento compartilhado.

À professora **Keila Cristina Rausch Pereira** pela paciência, dedicação e disponibilidade. Obrigada por ter desempenhado um papel tão importante e ser tão solícita até o fim.

**Angela**, foi gratificante compartilhar com você mais esta etapa. Todo o apoio, incentivo e auxílio foram fundamentais para que eu chegasse até aqui. Obrigada por mostrar que a vida pode ser mais leve e que nós podemos ser mais suaves.

Agradeço aos meus amigos **Débora e Felipe** pela paciência e companheirismo. Nossa parceria extrapola os limites da clínica, do mestrado e do mapa. Tenho certeza que a amizade que construímos não tem prazo de validade.

Aos meus amigos **Patrícia e Gabriel**, agradeço a disposição e prontidão em ajudar sempre que preciso. Conhecê-los foi uma grata surpresa, mantê-los será um grande prazer.

**Miguel, Daniel e Jair**, compartilhar culturas tão diferentes foi enriquecedor. Agradeço a contribuição de cada um em minha trajetória no mestrado.

Agradeço à minha amiga **Eliane** pela torcida e por compartilhar comigo bons e maus momentos. Iniciamos como completas desconhecidas e construímos juntas uma bonita amizade.

À minha amiga **Iane**, agradeço o bom humor de sempre e o companheirismo que aumentou ainda mais nas nossas extensas e divertidas noites de estudo. Obrigada pela amizade verdadeira.

Agradeço aos meus colegas **José Moisés, Maurício e Guenther** por todo o auxílio durante os anos de mestrado e realização deste trabalho.

Obrigada também a todos os alunos e colegas do CEPID que contribuíram de alguma forma para que eu pudesse concluir esta etapa.

Às colaboradoras do CEPID, **Silvane** e **Franciely** pela simpatia constante e por facilitar o dia-a-dia clínico.

Agradeço também ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional e por possibilitar, junto à Universidade de São Paulo – USP, o desenvolvimento desta pesquisa.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis”.

José de Alencar



CORRÊA, B. B. Qualidade de vida e fatores clínicos associados a percepção da dificuldade de higienização em pacientes com reabilitações implantossuportadas. 2016. 66f. Dissertação (Mestrado em Odontologia - Implantodontia) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC.

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar as associações das variáveis sócio demográficas, de satisfação e clínicas com o grau de dificuldade de higienização em pacientes com reabilitações implantossuportadas. Foram examinados 183 pacientes, reabilitados com 910 implantes, entre 1998 e 2012. Todos os implantes encontravam-se em função há pelo menos 1 ano, na fase protética definitiva. Foram coletados e registrados nos prontuários, dados relacionados à idade, sexo, localização (anterior; posterior), gengiva artificial (ausente; presente), tipo de prótese (unitária; parcial; total; overdenture), tempo de prótese ( $\leq 5$ ;  $> 5$  anos) e diagnóstico (saúdável; doença peri-implantar). Além disso, os pacientes responderam a um questionário – Dental Impact on Daily Living (DIDL) que avalia a satisfação com o tratamento. O DIDL possui 36 questões distribuídas em cinco dimensões: aparência, dor, conforto, desempenho e mastigação. O instrumento gera uma pontuação total final, além de pontuações para cada dimensão. O teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado para avaliar as associações entre sexo, idade, variáveis clínicas e de satisfação com a dificuldade de higiene. Idade e sexo mostraram associação com a dificuldade de higiene ( $p < 0,001$  e  $p = 0,001$ , respectivamente). Em relação à satisfação, apenas conforto e satisfação total apresentaram resultados estatisticamente significativos ( $p = 0,005$  e  $p = 0,006$ , respectivamente). Para as variáveis clínicas, presença de gengiva artificial, tipo e tempo de prótese mostraram associação positiva com a dificuldade de higiene ( $p = 0,001$ ,  $p < 0,001$  e  $p = 0,006$ , respectivamente). Pacientes com mais de 50 anos, sexo feminino, presença de gengiva artificial, próteses totais fixas e tempo de prótese  $\leq 5$  anos foram associados à dificuldade de higienização das reabilitações implantossuportadas. Associações positivas também foram encontradas em relação ao conforto e satisfação total.

**Palavras-chave:** Prótese implantossuportada. Higiene oral. Satisfação do paciente.



CORRÊA, B. B. Quality of life and clinical factors associated with perception of hygiene difficulty in patients with implant-supported prosthesis. 2016. 66p. Dissertation (Master in Odontology - Implantology) – Program of Pos-Graduation in Odontology, Federal University of Santa Catarina, Florianopolis/SC.

### **ABSTRACT**

The aim of this study was to identify associations of sociodemographic, satisfaction and clinics variables with the difficulty of hygiene in patients with implant rehabilitations. One hundred eighty-three patients rehabilitated with 910 implants in function for at least 1 year were examined. Data related to age, sex, location (anterior; posterior), artificial gingiva (absent; present), type of prosthesis (single; fixed parcial; fixed or removable full-arch restoration), time in function ( $\leq 5$ ;  $> 5$  years) and diagnosis (health; peri-implant disease) were collected and documented in the medical records. In addition, patients answered a questionnaire – Dental Impact on Daily Living (DIDL), which assesses satisfaction with treatment. The DIDL consists of 36 items that are grouped into five dimensions: appearance, pain, comfort, general performance and eating restriction. The instrument generates a total final score, in addition to scores for each dimension. The Pearson's chi-square test was used to assess associations between age, sex, clinical variables and satisfaction with the oral hygiene difficulty. Age and sex showed association with the oral hygiene difficulty of ( $p < 0.001$  and  $p = 0.001$ , respectively). Regarding satisfaction, only comfort and total satisfaction presented statistically significant results ( $p = 0.005$  and  $p = 0.006$ , respectively). For the clinical variables, artificial gingiva, type of prosthesis and time in function showed positive association with the difficulty of hygiene ( $p = 0.001$ ,  $p < 0.001$  and  $p = 0.006$ , respectively). Patients older than 50 years of age, female, presence of artificial gingiva, complete fixed prosthesis and time in function  $\leq 5$  years were associated with hygiene difficulty on implant rehabilitation. Positive associations were also found in relation to comfort and total satisfaction.

**Keywords:** Implant-supported prostheses. Oral hygiene. Patient satisfaction.



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tópicos avaliados pelo DIDL em suas respectivas dimensões. .....	54
Quadro 2 – Cálculo dos pesos das dimensões do DIDL.....	55
Quadro 3 – Fórmula para calcular o escore final para o DIDL. ....	55



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da idade e sexo por pacientes e implantes (Pacientes n=183; Implantes n=910).....	37
Tabela 2 – Distribuição dos escores de satisfação de acordo com a pontuação DIDL total e dimensões individuais por pacientes e implantes (Pacientes n=183; Implantes n=910).....	38
Tabela 3 – Distribuição dos dados clínicos por implantes (n=910). ....	39
Tabela 4 – Associações entre idade e sexo com dificuldade de higiene (n=910).....	40
Tabela 5 – Associações entre variáveis de satisfação (DIDL) e dificuldade de higiene (n=910). ....	40
Tabela 6 – Associações entre variáveis clínicas e dificuldade de higiene (n=910).....	41



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

DIDL – Dental Impact on Daily Living

PCS – Profundidade clínica de sondagem

SS – Sangramento ou supuração à sondagem

PO – Perda óssea

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

CEPID – Centro de Ensino e Pesquisa em Implantes Dentários

UNISUL – Universidade do Sul de Santa Catarina

USP – Universidade de São Paulo

FUNDECTO – Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Odontologia



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>2 ARTIGO.....</b>	<b>29</b>
<b>3 METODOLOGIA EXPANDIDA .....</b>	<b>51</b>
INSTRUÇÕES PARA APLICAÇÃO DO DIDL .....	53
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>61</b>
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E FICHA CLÍNICA .....	61
APÊNDICE B – FICHA PARA A COLETA DE DADOS CLÍNICOS .....	62
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DIDL.....	63
<b>ANEXOS .....</b>	<b>65</b>
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS .....	65



## 1 INTRODUÇÃO

A condição bucal pode afetar diferentes aspectos da qualidade de vida; dor, capacidade de mastigação, alteração do sabor, aparência e distúrbios da fala são comumente citados (LEAO; SHEIHAM, 1995). Além disso, estes problemas podem também exercer influência na vida do indivíduo, refletindo no trabalho, nos relacionamentos e na sua autoimagem (AL-OMIRI; LAMEY; CLIFFORD, 2006).

A literatura aponta um crescente interesse na avaliação da saúde relacionada com a qualidade de vida e do impacto dos procedimentos odontológicos sobre a saúde. É comum encontrar apenas índices clínicos sendo utilizados na avaliação da saúde oral, todavia os dados obtidos refletem apenas um componente capaz de exercer impacto no estado de saúde. Avaliações mais abrangentes são necessárias para complementar os dados clínicos, resultando assim, numa melhor capacidade de avaliação e entendimento da condição de saúde do paciente (ALLEN; MCMILLAN; WALSHAW, 2001).

Instrumentos que avaliam a relação da saúde oral com a qualidade de vida vêm sendo utilizados em pesquisas na área da implantodontia (AL-OMIRI; HANTASH; WAHADNI, 2005; CIBIRKA; RAZZOOG; LANG, 1997). Este tipo de avaliação considera aspectos da vida do indivíduo, que geralmente não são abordadas na temática saúde. Neste caso, itens como relacionamento, autoimagem e confiança são também avaliados (CIBIRKA; RAZZOOG; LANG, 1997).

A avaliação da qualidade de vida relacionada ao *status* oral apresenta mais um dado interessante ao profissional, que não deve atentar-se apenas aos dados clínicos. Os resultados desta observação podem ser utilizados para avaliar melhor as necessidades e expectativas

dos pacientes, melhorando a satisfação com o tratamento (AL-OMIRI; HANTASH; WAHADNI, 2005; LEAO; SHEIHAM, 1995). Observa-se na literatura o uso de vários instrumentos com a finalidade de realizar esta associação (CIBIRKA; RAZZOOG; LANG, 1997).

Os implantes osseointegrados trouxeram mudanças para o tratamento odontológico, influenciando no planejamento, execução e manutenção das reabilitações orais. Allen, Mcmillan e Walshaw (2001) afirmam que os implantes podem ajudar a contornar algumas limitações das próteses convencionais, com altas taxas de sucesso, levando então, a uma mudança no paradigma terapêutico.

Problemas funcionais associados ao edentulismo, tais como próteses sem retenção e eficiência mastigatória diminuída, são comumente relatados. Outras consequências incluem a dificuldade na fala e constrangimento associados ao uso de próteses convencionais, causando redução do contato social (CARLSSON, 1984). Conforto, retenção e estabilidade são apontados por Allen, Mcmillan e Walshaw (2001) como componentes importantes na avaliação e opção pelas diferentes possibilidades de tratamento.

O uso de implantes para suportar reabilitações protéticas tem mostrado resultados satisfatórios quanto à restauração da função e estética do paciente, bem como em termos de sobrevivência a longo prazo (ABU HANTASH; AL-OMIRI; AL-WAHADNI, 2006; FIGUERO et al., 2014). A avaliação do sucesso deste tipo de tratamento não deve levar em consideração apenas os critérios estabelecidos pelo profissional, mas também a visão do paciente sobre suas necessidades, expectativas e satisfação com o resultado final (ANDERSON, 1998; POMMER et al., 2011).

As próteses implantossuportadas têm se tornado cada vez mais populares e a procura e opção por este tipo de reabilitação cresce em ritmo acelerado, sendo atualmente uma das principais opções para a substituição de um ou mais elementos dentais perdidos (ROMEO et al., 2004; AL-OMIRI et al., 2011). Em comparação com próteses convencionais, estão associadas com maior conforto, estabilidade e estética, refletindo positivamente na qualidade de vida dos pacientes (ALLEN; MCMILLAN; WALSHAW, 2001; ABU HANTASH; AL-OMIRI; AL-WAHADNI, 2006; AL-JOHANY et al., 2010; DUDLEY, 2015). Os pacientes consideram as próteses sobre implante, como parte integrante do corpo e afirmam que isto melhora o seu dia-a-dia (AL-OMIRI et al., 2011).

Apesar dos bons resultados, os implantes dentários podem apresentar perda do osso de suporte, mesmo em casos bem sucedidos de osseointegração. A principal causa desta perda é a inflamação local advinda das doenças peri-implantares. Estas doenças são divididas em duas categorias: mucosite peri-implantar e peri-implantite. A mucosite é conceituada como uma lesão inflamatória limitada à mucosa circundante de um implante. A reversibilidade é a principal característica que a difere da peri-implantite, uma vez que na primeira o tecido ósseo não está envolvido na lesão (KAMMISSA et al., 2012). A peri-implantite pode ser definida como uma infecção, com ou sem supuração, associada à perda óssea. Esta perda óssea caracteriza-se por ser progressiva e com significado clínico (ALBREKTSSON et al., 2012; FIGUERO et al., 2014).

Um aumento na formação de biofilme é esperado quando o paciente apresenta higiene oral deficiente (AL-SABBAGH; BHAVSAR,

2015). A presença de bactérias patogênicas na superfície dos implantes pode desencadear um processo inflamatório e agressão aos tecidos peri-implantares (SUBRAMANI et al., 2009; FIGUERO et al., 2014). É importante o diagnóstico precoce das doenças peri-implantares, pois a mucosite, caso não tratada, pode progredir e estender-se ao tecido ósseo, tornando-se uma peri-implantite (LANG; BERGLUNDH, 2011). Com isso, um tratamento mais invasivo pode ser esperado e sequelas clínicas poderão ser observadas.

Largevall e Jansson (2013) sustentam que a peri-implantite é mais prevalente em pacientes com higiene insatisfatória e falta de comprometimento com a consultas de manutenção. Sendo assim, os autores consideram que um baixo nível de higiene oral pode ser um fator de risco local para a peri-implantite, sendo que a má adesão à terapia de suporte contribui para este diagnóstico.

Orientações quanto à higiene oral e manutenção dos implantes não podem ser negligenciadas pelo profissional (KLINGE; GUSTAFSSON; BERGLUNDH, 2002). A importância destas condutas deve ser realçada, pois o sucesso a longo prazo dos implantes dentários depende do comprometimento do paciente com tais medidas e de uma terapia de suporte peri-implantar eficaz, em que o controle de placa nas reabilitações é fundamental, tanto para a prevenção primária da mucosite e peri-implantite, quanto para a prevenção secundária, uma vez tratada (SERINO; STRÖM, 2009; LAGERVALL; JANSSON, 2013; FIGUERO et al., 2014).

O mau desenho de uma prótese, a má adaptação, o incorreto uso dos materiais pelo laboratório e higienização insuficiente podem permitir a retenção de detritos alimentares, causando desconforto, mau hálito e

inflamação. A presença de concavidades na porção interna da prótese pode facilitar um maior acúmulo de placa e dificultar o uso de fio dental e escova interdental. O íntimo contato da prótese com a mucosa é mais um fator que pode trazer prejuízos ao paciente quanto à higienização. Nestes casos, relatos de traumatismos à mucosa foram observados durante a higiene do paciente (SCHULDT FILHO et al., 2014).

Tendo em vista a importância de uma correta higienização das reabilitações implantossuportadas, e o impacto exercido na qualidade de vida dos pacientes através deste tipo de tratamento, o objetivo deste estudo foi identificar as associações das variáveis sócio demográficas, de satisfação e clínicas com o grau de dificuldade de higienização em pacientes com reabilitações implantossuportadas.



## 2 ARTIGO

### **QUALIDADE DE VIDA E FATORES CLÍNICOS ASSOCIADOS A PERCEÇÃO DA DIFICULDADE DE HIGIENIZAÇÃO EM PACIENTES COM REABILITAÇÕES IMPLANTOS-SUPORTADAS.**

### **QUALITY OF LIFE AND CLINICAL FACTORS ASSOCIATED WITH PERCEPTION OF HYGIENE DIFFICULTY IN PATIENTS WITH IMPLANT-SUPPORTED PROSTHESIS.**

Bruna Barbosa Corrêa\*  
Felipe Damerou Ouriques\*  
Guenther Schuldt Filho \*\*  
Keila Cristina Rausch Pereira\*\*\*  
Marco Aurélio Bianchini \*\*\*\*

\* Mestrando(a) em Implantodontia – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

\*\* Doutorando e Mestre em Implantodontia – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

\*\*\* Professora Titular do Departamento de Odontologia – Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL)

\*\*\*\* Professor Adjunto III do Departamento de Odontologia – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Endereço para correspondências:

Bruna Barbosa Corrêa  
Rua João Pio Duarte Silva, 404, Bloco B, Apto 103  
CEP 88037-000 – Bairro: Córrego Grande  
Florianópolis, Santa Catarina, Brasil  
Phone number: + 55 (48) 88011408  
E-mail: brunabarbosac@gmail.com

## RESUMO

**Objetivo:** O objetivo deste estudo foi identificar as associações das variáveis sócio demográficas, de satisfação e clínicas com o grau de dificuldade de higienização em pacientes com reabilitações implantossuportadas

**Materiais e métodos:** Foram examinados 183 pacientes reabilitados com 910 implantes, entre 1998 e 2012. Todos os implantes encontravam-se em função há pelo menos 1 ano, na fase protética definitiva. Foram coletados e registrados nos prontuários dados relacionados à idade, sexo, localização (anterior; posterior), gengiva artificial (ausente; presente), tipo de prótese (unitária; parcial; total; overdenture), tempo de prótese ( $\leq 5$ ;  $> 5$  anos) e diagnóstico (saudável; doença peri-implatar). Além disso, os pacientes responderam a um questionário – Dental Impact on Daily Living (DIDL) que avalia a satisfação com o tratamento. O instrumento possui 36 questões distribuídas em cinco dimensões: aparência, dor, conforto, desempenho e mastigação. O teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado para avaliar possíveis associações entre os dados coletados e a dificuldade de higiene.

**Resultados:** O teste qui-quadrado não demonstrou associação com as variáveis localização e diagnóstico. Foi identificada significância estatística nas associações com idade ( $p < 0,001$ ), sexo ( $p = 0,001$ ) conforto ( $p = 0,005$ ), satisfação total ( $p = 0,006$ ), presença de gengiva artificial ( $p = 0,001$ ), tipo de prótese ( $p < 0,001$ ) e tempo de prótese ( $p < 0,001$ ).

**Conclusões:** Pacientes com mais de 50 anos, sexo feminino, presença de gengiva artificial, próteses totais fixas e tempo de prótese  $\leq 5$  anos foram associados à dificuldade de higienização das reabilitações implantossuportadas. Associações positivas também foram encontradas em relação ao conforto e satisfação total.

**Palavras-chave:** Prótese implantossuportada. Higiene oral. Satisfação do paciente.

## ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study was to identify associations of sociodemographic, satisfaction and clinics variables with the difficulty of hygiene in patients with implant rehabilitations.

**Methods:** One hundred eighty-three patients treated with 910 osseointegrated titanium implants, in function for at least 1 year, were included in the present study. The data related to age, sex; location (anterior; posterior), artificial gingiva (absent; present), type of prosthesis (single; fixed partial; fixed or removable full-arch restoration), time in function ( $\leq 5$ ;  $> 5$  years) and diagnosis (health; peri-implant disease) were collected and documented in the medical records. In addition, patients answered a questionnaire (DIDL) which assesses satisfaction with treatment. The instrument consists of 36 items that are grouped into five dimensions: comfort, appearance, pain, performance, and eating restriction. The Pearson's chi-square test was used to evaluate possible associations between the data collected and the difficulty of hygiene.

**Results:** The chi-square test showed no association with variable location and diagnosis. It was identified statistical significance in associations with age ( $p < 0.001$ ), sex ( $p = 0.001$ ), comfort ( $p = 0.005$ ), total satisfaction ( $p = 0.006$ ), artificial gingiva ( $p = 0.001$ ), type of prosthesis ( $p < 0.001$ ) and time in function ( $p < 0.001$ ).

**Conclusions:** Patients older than 50 years of age, female, presence of artificial gingiva, complete fixed prosthesis and time in function  $\leq 5$  years were associated with hygiene difficulty on implant rehabilitation. Positive associations were also found in relation to comfort and total satisfaction.

**Keywords:** Implant-supported prostheses. Oral hygiene. Patient satisfaction.

## INTRODUÇÃO

A condição bucal pode afetar diferentes aspectos da qualidade de vida; dor, capacidade de mastigação, alteração do sabor, aparência e distúrbios da fala são comumente citados<sup>1</sup>. Além disso, estes problemas podem também exercer influência na vida do indivíduo, refletindo no trabalho, nos relacionamentos e na sua autoimagem<sup>2</sup>.

Os implantes osseointegrados trouxeram mudanças para o tratamento odontológico, influenciando no planejamento, execução e manutenção das reabilitações orais. As próteses implantossuportadas têm se tornado cada vez mais populares e a procura e opção por este tipo de reabilitação cresce em ritmo acelerado, sendo atualmente uma das principais opções para a substituição de um ou mais elementos dentais perdidos<sup>3,4</sup>. O uso de implantes dentários para suportar reabilitações protéticas tem mostrado resultados satisfatórios quanto à restauração da função e estética do paciente, bem como em termos de sobrevivência a longo prazo<sup>5-7</sup>.

Em comparação com próteses convencionais, as próteses implantossuportadas são associadas com maior conforto, estabilidade e estética, refletindo positivamente na qualidade de vida dos pacientes<sup>7-9</sup>. Os pacientes consideram as próteses sobre implante como parte integrante do corpo e afirmam que isto melhora o seu dia-a-dia<sup>4</sup>. Porém, o mau desenho de uma prótese, a má adaptação, o incorreto uso dos materiais pelo laboratório e higienização insuficiente podem permitir a retenção de detritos alimentares, causando desconforto, mau hálito e inflamação.

Apesar dos benefícios alcançados, os implantes dentários podem apresentar perda do osso de suporte, mesmo em casos bem sucedidos de

osseointegração. A principal causa desta perda é a inflamação local advinda das doenças peri-implantares. Estas doenças são divididas em duas categorias: mucosite peri-implantar e peri-implantite. A mucosite é conceituada como uma lesão inflamatória limitada à mucosa circundante de um implante. A reversibilidade é a principal característica que a difere da peri-implantite, uma vez que na primeira o tecido ósseo não está envolvido na lesão<sup>10</sup>. A peri-implantite pode ser definida como uma infecção, com ou sem supuração, associada à perda óssea. Esta perda óssea caracteriza-se por ser progressiva e com significado clínico<sup>7,11</sup>.

A presença de bactérias patogênicas na superfície dos implantes pode desencadear um processo inflamatório e agressão aos tecidos peri-implantares<sup>7,12</sup>. Um aumento na formação de biofilme é esperado quando o paciente apresenta higiene oral deficiente<sup>13</sup>. Dessa forma, orientações quanto a higiene oral e manutenção dos implantes não podem ser negligenciadas pelo profissional<sup>14</sup>. A importância destas condutas deve ser realçada, pois o sucesso a longo prazo dos implantes dentários depende da colaboração do paciente com tais medidas e de uma terapia de suporte peri-implantar eficaz, em que o controle de placa nas reabilitações é fundamental, tanto para a prevenção primária da mucosite e peri-implantite, quanto para a prevenção secundária, uma vez tratada<sup>7</sup>.

A avaliação da qualidade de vida relacionada ao *status* oral apresenta mais um dado interessante ao profissional, que não deve atentar-se apenas aos dados clínicos. Os resultados desta observação podem ser utilizados para avaliar melhor as necessidades e expectativas dos pacientes, melhorando a satisfação com o tratamento<sup>1</sup>. Observa-se na literatura o uso de vários instrumentos com a finalidade de realizar esta associação<sup>15</sup>.

Tendo em vista a importância de uma correta higienização das reabilitações implantossuportadas, e o impacto exercido na qualidade de vida dos pacientes através deste tipo de tratamento, o objetivo deste estudo foi identificar as associações das variáveis sócio demográficas, de satisfação e clínicas com o grau de dificuldade de higienização em pacientes com reabilitações implantossuportadas.

## **METODOLOGIA**

### **Seleção da amostra**

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (Parecer nº 367.077). Todos os pacientes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando a coleta de dados e intervenções necessárias para a realização da pesquisa.

O estudo transversal descritivo incluiu pacientes tratados com implantes de titânio (Implacil De Bortoli®, São Paulo, Brasil) e as próteses implantossuportadas foram instaladas no período de 1998 a 2012, na Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Odontologia (Fundect), na Universidade de São Paulo (USP). Os implantes foram instalados sob rigorosas condições assépticas de acordo com o protocolo descrito pelo fabricante. Apenas entraram nas análises implantes em função por 1 ano, no mínimo, com reabilitação protética na fase definitiva e ausência de mobilidade<sup>16,17</sup>.

## Coleta de dados

### Dados de Satisfação

Um questionário foi aplicado para avaliar a satisfação dos pacientes em relação ao tratamento reabilitador com implantes (Dental Impact on Daily Living – DIDL)<sup>1</sup>. O questionário possui 36 questões distribuídas em cinco dimensões: aparência, dor, conforto, desempenho e mastigação. Para determinar a satisfação total, as pontuações de cada dimensão são calculadas e multiplicadas pelo peso determinado pelo paciente, de acordo com a importância individual de cada dimensão. Após isso, os valores obtidos são somados, resultando num escore geral para o DIDL. O resultado final foi dividido em duas categorias: insatisfeito ( $< 0$ ) e satisfeito ( $\geq 0$ ).

### Dados clínicos

Foram coletadas informações quanto à localização dos implantes (anterior / posterior); tipo de prótese (unitária / parcial / total / overdenture); gengiva artificial (presente / ausente); tempo de prótese ( $\leq 5$  anos /  $> 5$  anos), dificuldade de higienização relatada pelo paciente (baixa / média / alta) e diagnóstico (saudável / doença peri-implantar).

### Diagnóstico peri-implantar

Para a determinação do diagnóstico de peri-implantite, os implantes deveriam apresentar profundidade clínica de sondagem (PCS)  $> 5$  mm, pelo menos um ponto com sangramento/supuração à sondagem (SS) e perda óssea (PO)  $> 2$  mm. Para a PCS, foi considerado o maior valor. O diagnóstico de mucosite foi estabelecido quando detectado apenas SS sem PO<sup>6,18</sup>. Os parâmetros PCS e SS foram obtidos com auxílio

de uma sonda periodontal milimetrada (PCV12PT Hu-Friedy Inc., Chicago, IL) por um único profissional devidamente treinado e calibrado. As próteses sobre implantes com presença de gengiva artificial foram removidas antes do exame clínico, para possibilitar o exame.

### **Análise estatística**

Os dados foram digitados em uma planilha Excel® e exportados para o software Statistical Package for Social Sciences 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA).

A análise descritiva foi realizada considerando o número de implantes. Os eventos foram analisados pela frequência e porcentagens. Para verificar a associação entre a dificuldade de higiene e as outras variáveis estudadas, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fischer. O valor de  $p \leq 0.05$  foi considerado para indicar diferença estatística significativa entre as análises.

## **RESULTADOS**

Foram examinados 183 pacientes – 71 homens e 112 mulheres, reabilitados com 910 implantes. A idade dos pacientes variou de 27 a 89 anos, sendo que a média foi de  $59,47 \pm 10,85$  anos. Os dados de idade, sexo e satisfação foram distribuídos por paciente e implante. A frequência dos dois primeiros pode ser vista na Tabela 1 e dos dados de satisfação na Tabela 2.

Em relação aos fatores clínicos avaliados (dificuldade de higienização; localização dos implantes; tipo de prótese; presença de

gingiva artificial; tempo de prótese e diagnóstico), a Tabela 3 apresenta a distribuição dos dados por implante.

Para as associações, utilizaram-se as frequências por implante. A Tabela 4 relaciona a idade e o sexo com a dificuldade de higiene. Ambas as variáveis apresentaram significância estatística ( $p < 0,001$  e  $p = 0,001$ , respectivamente).

Para os dados de satisfação, as dimensões aparência, dor, desempenho e mastigação não apresentaram resultados estatisticamente significantes quando relacionados com a dificuldade de higiene. Já para a dimensão conforto e satisfação total, houve associação ( $p = 0,005$  e  $p = 0,006$ , respectivamente) (Tabela 5).

A associação dos dados clínicos e dificuldade de higiene podem ser observados na Tabela 6. Localização e diagnóstico não apresentaram resultados estatisticamente significantes. Entretanto, tipo de prótese, presença de gengiva artificial e tempo de prótese foram significativos ( $p < 0,001$ ,  $p = 0,001$  e  $p = 0,006$ , respectivamente).

Tabela 1 – Distribuição da idade e sexo por pacientes e implantes (Pacientes  $n=183$ ; Implantes  $n=910$ ).

	<b>Pacientes (%)</b>	<b>Implantes (%)</b>
<b>Idade</b>		
25 – 50	39 (21,3)	194 (21,3)
51 – 60	62 (33,9)	301 (33,1)
> 60 anos	82 (44,8)	415 (45,6)
<b>Sexo</b>		
Masculino	71 (38,8)	392 (43,1)
Feminino	112 (61,2)	518 (56,9)

Tabela 2 – Distribuição dos escores de satisfação de acordo com a pontuação DIDL total e dimensões individuais por pacientes e implantes (Pacientes n=183; Implantes n=910).

	Insatisfeito		Satisfeito	
	Pacientes (%)	Implantes (%)	Pacientes (%)	Implantes (%)
<b>Aparência</b>	77 (42,1)	356 (39,1)	106 (57,9)	554 (60,9)
<b>Dor</b>	136 (74,3)	682 (74,9)	47 (25,7)	228 (25,1)
<b>Conforto</b>	132 (72,1)	634 (69,7)	51 (27,9)	276 (30,3)
<b>Desempenho</b>	135 (73,8)	685 (75,3)	48 (26,2)	225 (24,7)
<b>Mastigação</b>	65 (35,5)	320 (35,2)	118 (64,5)	590 (64,8)
<b>Satisfação total</b>	124 (67,8)	608 (66,8)	59 (32,2)	302 (33,2)

Tabela 3 – Distribuição dos dados clínicos por implantes (n=910).

	n	%
<b>Dificuldade higienização</b>		
Baixa	425	46,7
Média	272	29,9
Alta	213	23,4
<b>Localização</b>		
Anterior	290	31,9
Posterior	620	68,1
<b>Tipo de prótese</b>		
Unitária	166	18,2
Parcial	515	56,6
Total	205	22,5
Overdenture	22	2,4
Sem informação	2	0,2
<b>Gengiva artificial</b>		
Presente	244	26,7
Ausente	666	73,2
Sem informação	1	0,1
<b>Tempo de prótese</b>		
≤ 5 anos	507	55,7
> 5 anos	399	43,9
Sem informação	4	0,4
<b>Diagnóstico</b>		
Saudável	491	54,0
Doença peri-implantar	419	46,0

Tabela 4 – Associações entre idade e sexo com dificuldade de higiene (n=910).

	<b>Dificuldade de higiene</b>			<b>P valor**</b>
	<b>Baixa (%)</b>	<b>Média (%)</b>	<b>Alta (%)</b>	
<b>Idade</b>				<0,001*
25 – 50	121 (62,4)	37 (19,1)	36 (18,6)	
51 – 60	126 (41,9)	100 (33,2)	75 (24,9)	
> 60 anos	178 (42,9)	135 (32,5)	102 (24,6)	
<b>Sexo</b>				0,001*
Masculino	199 (50,8)	125 (31,9)	68 (17,3)	
Feminino	226 (43,6)	147 (28,4)	145 (28,0)	

\*\*Teste do qui-quadrado de Pearson. \*Estatisticamente significativo para  $\alpha \leq 0,05$ .

Tabela 5 – Associações entre variáveis de satisfação (DIDL) e dificuldade de higiene (n=910).

	<b>Dificuldade de higiene</b>			<b>P valor**</b>
	<b>Baixa (%)</b>	<b>Média (%)</b>	<b>Alta (%)</b>	
<b>Aparência</b>				0,151
Insatisfeito	152 (42,7)	115 (32,3)	89 (25,0)	
Satisfeito	273 (49,3)	157 (28,3)	124 (22,4)	
<b>Dor</b>				0,295
Insatisfeito	327 (47,9)	195 (28,6)	160 (23,5)	
Satisfeito	98 (43,0)	77 (33,8)	53 (23,2)	
<b>Conforto</b>				0,005*
Insatisfeito	312 (49,2)	192 (30,3)	130 (20,5)	
Satisfeito	113 (40,9)	80 (29,0)	83 (30,1)	
<b>Desempenho</b>				0,151
Insatisfeito	321 (46,9)	195 (28,5)	169 (24,7)	
Satisfeito	104 (46,2)	77 (34,2)	44 (19,6)	
<b>Mastigação</b>				0,814
Insatisfeito	145 (45,3)	99 (30,9)	76 (23,8)	
Satisfeito	280 (47,5)	173 (29,3)	137 (23,2)	
<b>Satisfação total</b>				0,006*
Insatisfeito	296 (48,7)	189 (31,1)	123 (20,2)	
Satisfeito	129 (42,7)	83 (27,5)	90 (29,8)	

\*\*Teste do qui-quadrado de Pearson. \*Estatisticamente significativo para  $\alpha \leq 0,05$ .

Tabela 6 – Associações entre variáveis clínicas e dificuldade de higiene (n=910).

	<b>Dificuldade de higiene</b>			<b>P valor**</b>
	<b>Baixa (%)</b>	<b>Média (%)</b>	<b>Alta (%)</b>	
<b>Localização</b>				0,880
Anterior	132 (45,5)	88 (30,3)	70 (24,1)	
Posterior	293 (47,3)	184 (29,7)	143 (23,1)	
<b>Tipo de prótese</b>				<0,001*
Unitária	95 (57,2)	44 (26,5)	27 (16,3)	
Parcial	259 (50,3)	146 (28,3)	110 (21,4)	
Total	59 (28,8)	73 (35,6)	73 (35,6)	
Overdenture	10 (45,5)	9 (40,9)	3 (13,6)	
<b>Gengiva artificial</b>				0,001*
Presente	88 (36,2)	83 (34,2)	72 (29,6)	
Ausente	336 (50,5)	189 (28,4)	141 (21,2)	
<b>Tempo de prótese</b>				0,006*
≤ 5 anos	215 (42,4)	155 (30,6)	137 (27,0)	
> 5 anos	206 (51,6)	117 (29,3)	76 (19,1)	
<b>Diagnóstico</b>				0,620
Saudável	227 (46,2)	143 (29,1)	121 (24,6)	
Doença peri-implantar	198 (47,3)	129 (30,8)	92 (22,0)	

\*\*Teste do qui-quadrado de Pearson. \*Estatisticamente significativo para  $\alpha \leq 0,05$ .

## DISCUSSÃO

É consenso que as reabilitações devem sempre procurar reestabelecer função, estética e saúde nos pacientes. Para isso, faz-se necessário um planejamento prévio, levando em consideração as condições clínicas e sistêmicas do paciente, bem como possíveis limitações do caso. Alguns fatores devem ser observados para a confecção da prótese implantossuportada, como por exemplo, o perfil de emergência, presença de pânticos e cantilever, concavidades e

convexidades, necessidade de esplintagem e o bom polimento do material devem ser considerados<sup>19</sup>. Além disso, o paciente deve receber instrução quanto aos cuidados necessários ao seu tipo de reabilitação e ser incluído em um programa de manutenção<sup>9,20</sup>.

Neste estudo, índices ou medidas clínicas de quantidade de placa não foram avaliados. Considerou-se a dificuldade de higienização auto relatada, priorizando dados que contemplassem a opinião do paciente sobre o tratamento realizado, bem como possíveis falhas e/ou limitações.

A maior taxa de dificuldade de higiene foi encontrada nas mulheres ( $p=0,001$ ). Chrcanovic et al.<sup>21</sup>, em recente revisão sistemática correlacionando as diferenças entre os gêneros e o tratamento com implantes, sugeriu que o risco de falha do implante é 21% maior em homens; sendo que para as mulheres, o fator de risco mais pronunciado estaria relacionado principalmente à osteoporose. Entretanto, como nenhum destes dados refere-se especificamente à dificuldade de higienização e nenhum outro relato na literatura foi encontrado, os autores deste artigo acreditam que, devido ao alto grau de exigência e cuidado comum nas mulheres, elas tendem a relatar maior dificuldade de higienização do que os homens.

Para a idade, esta diferença também mostrou associação ( $p<0,001$ ), apontando que pacientes com maior idade apresentam maior dificuldade de higienização. Esse achado corrobora com a literatura, que afirma que uma diminuição nos níveis higiene é frequentemente encontrado em pacientes mais idosos, porém este resultado não necessariamente está correlacionado com a perda de implantes<sup>9,22,23</sup>.

Quanto à localização dos implantes, não houve significância estatística. Este resultado confirma os apontamentos de Kourtis et al.<sup>24</sup>,

que avalia a sobrevivência de implantes e complicações cirúrgicas e protéticas. No estudo, os autores relatam um número de casos de fracasso ligeiramente maior em implantes posteriores, porém este resultado não foi significativo.

Schuldt Filho et al.<sup>25</sup> apontam que nas próteses em que a dificuldade de higienização é maior, a prevalência de peri-implantite encontra-se aumentada. Tal resultado difere do encontrado neste estudo, onde o diagnóstico não mostrou associação.

Parece razoável esperar que aquele que apresenta doença instalada, seja ela mucosite ou peri-implantite, encontre maior dificuldade de higienização devido ao quadro de inflamação, sangramento e/ou supuração e, em alguns casos, dor. Porém, independentemente se o paciente apresentava-se saudável ou não, a associação com a dificuldade de higienização não apresentou diferença estatística no presente estudo.

Pacientes com reabilitações totais fixas relataram maior dificuldade de higiene entre os grupos pesquisados. Isto pode ocorrer devido à dificuldade para realizar adequada higiene oral em reabilitações onde os implantes encontram-se unidos e, em alguns casos, a presença de um cantiléver inadequado<sup>24-26</sup>.

Para o tempo de prótese, as reabilitações com mais de 5 anos mostraram menores taxas de dificuldade de higiene. Estudos similares não foram encontrados na literatura, portanto os autores sugerem que tal resultado possa ser explicado pelo fato dos pacientes estarem mais habituados com as técnicas de higienização e comprometidos com programas de manutenção há mais tempo.

A presença de gengiva artificial nas reabilitações implantossuportadas apontou ser mais um fator que influencia na

higienização. Devido à limitação estética e funcional encontrada em alguns casos, este pode ser um recurso necessário para a confecção da prótese. Porém, alguns cuidados devem ser observados para que o paciente seja capaz de manter uma boa higienização. A superfície do material deve ser muito bem polida, concavidades devem ser evitadas e a pressão exercida pela gengiva artificial sobre a natural deve permitir o acesso do fio dental, caso contrário o paciente encontrará dificuldades para realizar um efetivo controle de placa<sup>19</sup>.

Os dados de satisfação fornecidos pelo questionário DIDL manifestaram associação apenas para a dimensão conforto e satisfação total. Aparência, dor, desempenho e mastigação não resultaram em interferência na higienização. A dimensão conforto traz consigo preocupações com a prótese, acúmulo de alimento, halitose e sangramento gengival, fatores estes que apresentam relação direta com a higienização e a importância que o paciente dá à ela. Quanto à satisfação total, compreende todas as dimensões, utilizando para o cálculo, as pontuações de cada uma delas, ratificando o grau de satisfação do paciente em relação ao tratamento reabilitador<sup>1,6</sup>.

A percepção do paciente sobre terapia com implantes dentários é de suma importância para o êxito de tal modalidade de tratamento<sup>27</sup>. A literatura<sup>1,15,27,28</sup> indica que as reabilitações implantossuportadas interferem na qualidade de vida dos pacientes, principalmente as reabilitações totais. Maior nível de satisfação foi observado em pacientes com próteses implantossuportadas quando comparados com aqueles que fazem uso de próteses removíveis<sup>29</sup>. Resultados semelhantes foram encontrados quando os pacientes submetidos ao tratamento com implantes, foram avaliados antes e depois da instalação das próteses

implantossuportadas, resultando em impacto positivo no dia-a-dia dos indivíduos pesquisados<sup>4</sup>.

Este estudo sugere que uma atenção especial deve ser dada no momento do planejamento e confecção das reabilitações implantossuportadas, resultando numa prótese que permita ao paciente, condições para realizar uma boa higienização. Além disso, é de extrema importância repassar e reforçar orientações suficientes que possibilitem ao paciente tal conduta, considerando o tipo e características da reabilitação. Faz-se necessário que os profissionais envolvidos não levem em consideração apenas os resultados clínicos e radiográficos, mas também os dados psico-sociais relatados pelos pacientes, respeitando perfil e necessidades individuais.

## **CONCLUSÃO**

Pacientes com mais de 50 anos, sexo feminino, presença de gengiva artificial, próteses totais fixas e tempo de prótese  $\leq 5$  anos foram associados à dificuldade de higienização das reabilitações implantossuportadas. Associações positivas também foram encontradas em relação ao conforto e satisfação total, sugerindo que a dificuldade de higiene encontrada pelos pacientes, afeta a satisfação com o tratamento reabilitador sobre implantes.

## REFERÊNCIAS

1. Leao A, Sheiham A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. *J Dent Res.* 1995 Jul;74(7):1408-13.
2. Al-Omiri MK, Lamey PJ, Clifford T. Impact of tooth wear on daily living. *Int J Prosthodont.* 2006 Nov-Dec;19(6):601-5.
3. Romeo E, Lops D, Margutti E, Ghisolfi M, Chiapasco M, Vogel G. Long-term survival and success of oral implants in the treatment of full and partial arches: a 7-year prospective study with the ITI dental implant system. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2004 Mar-Apr;19(2):247-59.
4. Al-Omiri MK, Hammad OA, Lynch E, Lamey PJ, Clifford TJ. Impacts of implant treatment on daily living. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2011 Jul-Aug;26(4):877-86.
5. Johansson LA, Ekfeldt A. Implant-supported fixed partial prostheses: a retrospective study. *Int J Prosthodont.* 2003 Mar-Apr;16(2):172-6.
6. Abu Hantash RO, Al-Omiri MK, Al-Wahadni AM. Psychological impact on implant patients' oral health-related quality of life. *Clin Oral Implants Res.* 2006 Apr;17(2):116-23.
7. Figuero E, Graziani F, Sanz I, Herrera D, Sanz M. Management of peri-implant mucositis and peri-implantitis. *Periodontol 2000.* 2014 Oct;66(1):255-73.
8. Allen PF, McMillan AS, Walshaw D. A patient-based assessment of implant-stabilized and conventional complete dentures. *J Prosthet Dent.* 2001 Feb;85(2):141-7.
9. Dudley J. Implants for the ageing population. *Aust Dent J.* 2015 Mar;60 Suppl 1:28-43.

10. Khammissa RA, Feller L, Meyerov R, Lemmer J. Peri-implant mucositis and peri-implantitis: clinical and histopathological characteristics and treatment. *SADJ*. 2012 Apr;67(3):124-6.
11. Albrektsson T, Buser D, Chen ST, Cochran D, DeBruyn H, Jemt T, et al. Statements from the Estepona consensus meeting on peri-implantitis. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2012 Dec;14(6):781-2.
12. Subramani K, Jung RE, Molenberg A, Hammerle CH. Biofilm on dental implants: a review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2009 Jul-Aug;24(4):616-26.
13. Al-Sabbagh M, Bhavsar I. Key local and surgical factors related to implant failure. *Dent Clin North Am*. 2015 Jan;59(1):1-23.
14. Klinge B, Gustafsson A, Berglundh T. A systematic review of the effect of anti-infective therapy in the treatment of peri-implantitis. *J Clin Periodontol*. 2002;29(Suppl 3):213-25.
15. Cibirka RM, Razzoog M, Lang BR. Critical evaluation of patient responses to dental implant therapy. *J Prosthet Dent*. 1997 Dec;78(6):574-81.
16. Smith DE, Zarb GA. Criteria for success of osseointegrated endosseous implants. *J Prosthet Dent*. 1989 Nov;62(5):567-72.
17. Lekholm U, Gunne J, Henry P, Higuchi K, Linden U, Bergstrom C, et al. Survival of the Brånemark implant in partially edentulous jaws: a 10-year prospective multicenter study. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 1999 Sep-Oct;14(5):639-45.
18. Heitz-Mayfield LJ. Diagnosis and management of peri-implant diseases. *Aust Dent J*. 2008 Jun;53 Suppl 1:S43-8.
19. Coachman C, Salama M, Garber D, Calamita M, Salama H, Cabral G. Prosthetic gingival reconstruction in fixed partial restorations. Part 3: laboratory procedures and maintenance. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2010 Feb;30(1):19-29.

20. Lundgren D, Laurell L. Biomechanical aspects of fixed bridgework supported by natural teeth and endosseous implants. *Periodontol* 2000. 1994;4:23-40.
21. Chrcanovic BR, Albrektsson T, Wennerberg A. Dental implants inserted in male versus female patients: a systematic review and meta-analysis. *J Oral Rehabil*. 2015 Sep;42(9):709-22.
22. Al Jabbari Y, Nagy WW, Iacopino AM. Implant dentistry for geriatric patients: a review of the literature. *Quintessence Int*. 2003 Apr;34(4):281-5.
23. Grant BT, Kraut RA. Dental implants in geriatric patients: a retrospective study of 47 cases. *Implant Dent*. 2007 Dec;16(4):362-8.
24. Kourtis SG, Sotiriadou S, Voliotis S, Challas A. Private practice results of dental implants. Part I: survival and evaluation of risk factors--Part II: surgical and prosthetic complications. *Implant Dent*. 2004 Dec;13(4):373-85.
25. Schuldt Filho G, Dalago HR, Souza JGO, Stanley K, Jovanovic S, Bianchini MA. Prevalence of peri-implantitis in patients with implant-supported fixed prostheses. *Quintessence Int*. 2014;10:861-8.
26. Dalago HR, Schuldt Filho G, Rodrigues MA, Renvert S, Bianchini MA. Risk indicators for Peri-implantitis. A cross-sectional study with 916 implants. *Clin Oral Implants Res*. 2016 Jan;00:1-7.
27. Al-Omiri M, Hantash RA, Wahadni AA. Satisfaction with dental implants: a literature review. *Implant Dent*. 2005;14(4):399-408.
28. Zitzmann NU, Marinello CP. Treatment outcomes of fixed or removable implant-supported prostheses in the edentulous maxilla. Part I: patients' assessments. *J Prosthet Dent*. 2000 Apr;83(4):424-33.

29. Al-Omiri MK, Abu Hantash RO, Abu Yunis M, Lynch E. Relationship between personality and impacts of implant treatment on daily living. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2012 May;14 Suppl 1:e2-10.



### 3 METODOLOGIA EXPANDIDA

O Dental Impact on Daily Living (DIDL) é uma medida sócio-dental que acessa cinco dimensões da qualidade de vida. São elas: Aparência, referente a autoimagem; Dor; Conforto, relacionado com queixas como o sangramento gengival e o acúmulo de alimento; Desempenho, habilidade para lidar com atividades diárias e interações com outras pessoas; e Mastigação, relativo a dificuldades em morder e mastigar (LEAO; SHEIHAM, 1997).

O DIDL foi aplicado e validado no Brasil por Leão e Sheiham (1995). É uma ferramenta simples e de fácil uso por parte dos pacientes e dentistas, podendo ser respondido em um curto período de tempo. Para o desenvolvimento da metodologia aplicada neste estudo, foram utilizados os estudos de Leao; Sheiham (1995; 1997), Al-Omiri; Lamey; Clifford (2006), Al-Omiri; Karasneh (2010) e Al-Omiri et al. (2012; 2014).

O instrumento consiste em 36 questões divididas em cinco dimensões (Quadro 1). Os escores para cada resposta são determinados através do impacto exercido por estas. Além disso, é atribuído pelo paciente um peso para cada dimensão. Isto foi determinado porque geralmente, a importância dada a cada dimensão é diferente para cada paciente. A soma de todas as dimensões determina o valor da satisfação total. Pontuações  $< 0$  são classificadas como insatisfeitos, e  $\geq 0$  como satisfeitos.

*Pontuação das perguntas:* As respostas para cada pergunta são transformadas em valores numéricos, onde -1 corresponde a impacto negativo; 0 neutro e +1 positivo.

*Pontuação das dimensões:* Para calcular a pontuação, as respostas codificadas dentro de cada dimensão são somadas e divididas pelo número de perguntas, resultando na pontuação dimensão.

*Peso das dimensões:* Uma escala de 0 a 10 (sendo 0 o valor mais baixo, ou seja, totalmente sem importância, e 10 o valor mais elevado, extremamente importante) é utilizada em conjunto com o questionário para obter a importância relativa que o paciente atribue a cada dimensão. O cálculo para a obtenção dos pesos encontra-se exemplificado no Quadro 2.

*Pontuação total:* Para construir uma pontuação final, as questões dentro de cada categoria são somadas e divididas pelo número de itens, resultando numa pontuação para cada dimensão. Antes de adicionar as diferentes dimensões, eles recebem o respectivo peso atribuído na escala. A fórmula de obtenção do escore total de satisfação é vista no Quadro 3.

Um aspecto a ser destacado no DIDL é o grau de flexibilidade oferecido, sendo possível obter uma análise individual de cada pergunta, dimensão ou do escore total de satisfação. As dimensões tendem a diferir em importância de um indivíduo para outro; por isso, faz-se necessário quantificar essa diferença e considerá-la antes de calcular a pontuação total.

No escore total gerado pelo DIDL, os pesos atribuídos às dimensões, por cada paciente, são pessoais. Ou seja, a importância atribuída a uma dimensão de um determinado indivíduo está diretamente associada com os seus próprios impactos sobre essa dimensão.

## Instruções para aplicação do DIDL

O entrevistador utiliza um questionário e uma escala para cada dimensão. Antes de aplicados, o questionário e a escala devem ser mostrados e explicados ao paciente. Deve ser salientado a confidencialidade da informação e a não existência de respostas certas ou erradas.

Cada dimensão deve ser apresentada individualmente:

- *Aparência*: Consiste na aparência dos dentes;
- *Conforto*: Está relacionado a não ter queixas de desconforto e / ou estado desagradável causado por qualquer problema na boca (p.ex. sangramento gengival, acúmulo de alimento). Deve-se ressaltar que o desconforto não é o mesmo que dor;
- *Dor*: Deve ser introduzido por meio de sua negação - não sentir dor nos dentes e outras estruturas bucais;
- *Desempenho*: Questiona se o *status* bucal do paciente pode afetar a capacidade de realizar funções diárias e interações com outras pessoas,
- *Mastigação*: Relacionada a não ter dificuldades para comer, morder ou mastigar.

Depois de aplicado o questionário, deve ser preenchida a escala. As dimensões são mais uma vez explicadas e é solicitado ao paciente que determine o grau de importância que ele dá a cada uma das delas.

Quadro 1 – Tópicos avaliados pelo DIDL em suas respectivas dimensões.

<b>Dimensão aparência</b>	Capacidade de trabalho afetada por comer e falar
Satisfação com os dentes	Contato com as pessoas afetado pela aparência dos dentes
Satisfação com a aparência dos dentes	Contato com as pessoas afetado por comer e falar
Satisfação com a cor dos dentes	Contato com as pessoas afetado pela dor
Satisfação com a posição dos dentes	Relacionamento afetado pela dor
<b>Dimensão dor</b>	Relacionamento afetado por comer e falar
Dor espontânea	Autoconfiança afetada pelos dentes
Dor ao comer / quente ou frio	Constrangimento causado pelos dentes
Mudança de alimentos por causa da dor	Relacionamento afetado pela aparência dos dentes
Dor na ATM	Evitar mostrar os dentes ao sorrir
<b>Dimensão conforto</b>	Satisfação com sorriso
Preocupação com os dentes e próteses	Capacidade de trabalho afetada pela dor
Acúmulo de alimento entre os dentes	Estresse por causa da dor
Mau hálito	Sono afetado por causa da dor
Dentes amolecidos	<b>Dimensão mastigação</b>
Satisfação com gengiva	Capacidade de mastigar
Sangramento na gengiva	Satisfação com a mastigação
Sensibilidade a quente ou frio por causa de recessão gengival	Capacidade de morder
<b>Dimensão desempenho</b>	Satisfação com mordida
Capacidade de trabalho afetada pela aparência dos dentes	Mudança na forma de preparar os alimentos
	Mudança no tipo de alimentos por causa dos dentes

---

**Quadro 2 – Cálculo dos pesos das dimensões do DIDL.**

---

Exemplo: um paciente marcou “10” para Aparência, “10” para Dor, “9” para Conforto, “9” para Desempenho e “9” para Mastigação.

Peso total das dimensões = Aparência (10) + Dor (10) + Conforto (9) + Desempenho (9) + Mastigação (9) = 47.

Peso individual para a dimensão (Aparência) = peso da dimensão / peso total das dimensões =  $10/47 = 0,213$ .

---

---

**Quadro 3 – Fórmula para calcular o escore final para o DIDL.**

---

Score total = [(soma dos escores das questões sobre aparência/n. de questões de aparência) x peso atribuído à aparência] + [(soma dos escores das questões sobre dor/n. de questões de dor) x peso atribuído à dor] + [(soma dos escores das questões sobre conforto/n. de questões de conforto) x peso atribuído ao conforto] + [(soma dos escores das questões sobre desempenho/n. de questões de desempenho) x peso atribuído ao desempenho] + [(soma dos escores das questões sobre mastigação/n. de questões de mastigação) x peso atribuído à mastigação].

---



## REFERÊNCIAS

ABU HANTASH, R. O.; AL-OMIRI, M. K.; AL-WAHADNI, A. M. Psychological impact on implant patients' oral health-related quality of life. **Clin Oral Implants Res.** v. 17, n. 2, p. 116-23, Apr 2006.

ALBREKTSSON, T. et al. Statements from the Estepona consensus meeting on peri-implantitis. **Clin Implant Dent Relat Res.** v. 14, n. 6, p. 781-2, Dec 2012.

AL-JOHANY, S. et al. Dental patients' awareness and knowledge in using dental implants as an option in replacing missing teeth: A survey in Riyadh, Saudi Arabia. **Saudi Dent J.** v. 22, n. 4, p. 183-8, Oct 2010.

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

AL-OMIRI, M.; HANTASH, R. A.; WAHADNI, A. A. Satisfaction with dental implants: a literature review. **Implant Dent.** v. 14, n. 4, p. 399-408, 2005.

AL-OMIRI, M. K., LAMEY, P. J., CLIFFORD, T. Impact of tooth wear on daily living. **Int J Prosthodont.** v. 19, n. 6, p. 601-5, Nov-Dec 2006.

AL-OMIRI, M. K.; KARASNEH, J. Relationship between oral health-related quality of life, satisfaction, and personality in patients with prosthetic rehabilitations. **J Prosthodont.** v. 19, n. 1, p. 2-9, Jan 2010.

AL-OMIRI, M. K. et al. Impacts of implant treatment on daily living. **Int J Oral Maxillofac Implants.** v. 26, n. 4, p. 877-86, Jul-Aug 2011.

AL-OMIRI, M. K. et al. Relationship between personality and impacts of implant treatment on daily living. **Clin Implant Dent Relat Res.** v. 14, Suppl 1, p. e2-10, May 2012.

AL-OMIRI, M. K. et al. Relationship between impacts of removable prosthodontic rehabilitation on daily living, satisfaction and personality profiles. **J Dent.** v. 42, n. 3, p. 366-72, Mar 2014.

AL-SABBAGH M, BHAVSAR I. Key local and surgical factors related to implant failure. **Dent Clin North Am.** v. 59, n. 1, p. 1-23, Jan 2015.

ANDERSON, J. D. The need for criteria on reporting treatment outcomes. **J Prosthet Dent.** v. 79, p. 49–55, 1998.

CARLSSON, G. E. Masticatory efficiency: the effect of age, the loss of teeth and prosthetic rehabilitation. **Int Dent J.** v. 34, p. 93-7, 1984.

CIBIRKA, R. M.; RAZZOOG, M.; LANG, B. R. Critical evaluation of patient responses to dental implant therapy. **J Prosthet Dent.** v. 78, n. 6, p. 574-81, Dec 1997.

DUDLEY, J. Implants for the ageing population. **Aust Dent J.** v. 60, Suppl 1, p. 28-43, Mar 2015.

FIGUERO, E. et al. Management of peri-implant mucositis and peri-implantitis. **Periodontol 2000.** v. 66, n. 1, p. 255-73, Oct 2014.

KHAMMISSA, R. A. et al. Peri-implant mucositis and peri-implantitis: clinical and histopathological characteristics and treatment. **SADJ.** v. 67, n. 3, p. 124-6, Apr 2012.

KLINGE, B.; GUSTAFSSON, A.; BERGLUNDH, T. A systematic review of the effect of anti-infective therapy in the treatment of peri-implantitis. **J Clin Periodontol.** v. 29, n. Suppl 3, p. 213-25, 2002.

LAGERVALL, M.; JANSSON, L. E. Treatment outcome in patients with peri-implantitis in a periodontal clinic: a retrospective study. **J Periodontol.** v. 84, n. 10, p. 1365-73, Oct 2013.

LANG, N. P.; BERGLUNDH, T. Periimplant diseases: where are we now? Consensus of the Seventh European Workshop on Periodontology. **J Clin Periodontol.** v. 38, n.11, p. 178-81, 2011.

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

LEAO, A. T.; SHEIHAM, A. Dental impact on daily living. In: SLADE, **G.D. Measuring Oral Health and Quality of Life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology 1997.

POMMER, B. et al. Progress and trends in patients' mindset on dental implants. II: implant acceptance, patient-perceived costs and patient satisfaction. **Clin Oral Impl Res.** v. 22, p. 106–12, 2011.

ROMEO, E. et al. Long-term survival and success of oral implants in the treatment of full and partial arches: a 7-year prospective study with the ITI dental implant system. **Int J Oral Maxillofac Implants.** v. 19, n. 2, p. 247-59, Mar-Apr 2004.

SCHULDT FILHO, G. Prevalence of peri-implantitis in patients with implant-supported fixed prostheses. **Quintessence Int.** v. 10, p. 861–8, 2014.

SERINO, G.; STRÖM, C. Peri-implantitis in partially edentulous patients: association with inadequate plaque control. **Clin Oral Implants Res.** v. 20, n. 2, p. 169-74, Feb 2009.

SUBRAMANI, K. et al. Biofilm on dental implants: a review of the literature. **Int J Oral Maxillofac Implants.** v. 24, n. 4, p. 616-26, Jul-Aug 2009.



## APÊNDICES

### APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E FICHA CLÍNICA

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
CENTRO DE PESQUISA FUNDECTO / USP  
CARTA CONVITE**

N<sup>o</sup>:

#### SUCESSO E SOBREVIVÊNCIA DE IMPLANTES OSSEOINTEGRADOS

O Sr./a. está sendo convidado a participar de uma pesquisa odontológica. O objetivo do estudo proposto é avaliar as condições atuais de todos os tratamentos realizados com implantes dentários na FUNDECTO. Com esta avaliação será possível identificar possíveis falhas no tratamento, suas causas e orientar os participantes dos reparos necessários. Da mesma forma ajudará a evitar essas falhas em tratamentos futuros realizados nesta instituição.

Por se tratar de uma consulta de retorno para avaliar a situação dos tratamentos já realizados, ou seja, sem nenhuma intervenção, os riscos da pesquisa ficam apenas aqueles relacionados a realização de radiografias (uso de radiação). Para minimizar esses riscos serão utilizados para todos os exames radiográficos as devidas barreiras de proteção contra radiação: aventais e colar cervical de chumbo.

Além das radiografias, o Sr./a. será entrevistado e será preenchido uma ficha com seus dados e sobre as condições do tratamento realizado. Serão examinados seus dentes, os implantes instalados, as próteses sobre os implantes e a sua gengiva. O Sr./a. estará realizando uma manutenção dos tratamentos realizados com implantes. Se alguma alteração for identificada, o Sr./a. será informado e orientado a solucionar esta condição.

O Sr./a. tem a garantia de que receberá respostas a qualquer pergunta ou esclarecimentos de qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa. Também os pesquisadores assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante o estudo, ainda que está possa afetar a sua vontade em continuar participando. O Sr./a. tem a liberdade de tirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo. A não participação nesta pesquisa não implicará em nenhum prejuízo em seus tratamentos nesta instituição, estando garantidos seus tratamentos odontológicos independentemente de participar ou não da pesquisa proposta. O Sr./a. está ciente de que poderão ser utilizadas fotografias digitais e exames de imagens para fins didáticos na qual poderão ser publicadas em revistas científicas e/ou congressos científicos preservando a sua identidade.

Eu, \_\_\_\_\_ certifico que tendo lido as informações acima e suficientemente esclarecido(a) de todos os itens pelos participantes da pesquisa, estou plenamente de acordo com a realização da pesquisa. Assim, autorizo minha participação no trabalho de pesquisa proposto.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201 \_\_\_\_.

Nome: _____		RG: _____	
Endereço: _____		N <sup>o</sup> : _____	
Bairro: _____	Cidade: _____	Estado: _____	
CEP: _____	Telefone 1: _____	Telefone 2: _____	Telefone 3: _____
Sexo: _____	Cor: _____	Naturalidade: _____	Data de nascimento: _____
Escolaridade: _____		Profissão: _____	Renda mensal: _____
Outras doenças sistêmicas: _____			
Uso de medicação: _____			

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

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cardíaco                  | <input type="checkbox"/> Tireóide             | <input type="checkbox"/> Menopausa                     |
| <input type="checkbox"/> Pressão alta              | <input type="checkbox"/> Febre reumática      | <input type="checkbox"/> Osteoporose                   |
| <input type="checkbox"/> Doença pulmonar           | <input type="checkbox"/> Sangramento fácil    | <input type="checkbox"/> Anticoncepcional              |
| <input type="checkbox"/> Fumante                   | <input type="checkbox"/> Anemia               | <input type="checkbox"/> Bifosfanatos                  |
| <input type="checkbox"/> Cigarros/dia _____        | <input type="checkbox"/> HIV                  | <input type="checkbox"/> Doenças autoimunes            |
| <input type="checkbox"/> Bebida alcoólica _____    | <input type="checkbox"/> Radio cabeça pescoço | <input type="checkbox"/> Alendronato (oral/ injetável) |
| <input type="checkbox"/> Doença crônica fígado     | <input type="checkbox"/> Quimioterapia        | <input type="checkbox"/> Doença periodontal ativa      |
| <input type="checkbox"/> Hepatite A, B ou C        | <input type="checkbox"/> Medicação            | <input type="checkbox"/> Histórico de doença period    |
| <input type="checkbox"/> Problema gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Antidepressivo       | <input type="checkbox"/> Próflaxia após inst. prótese  |
| <input type="checkbox"/> Doença renal              | <input type="checkbox"/> Grávida              | Genl: _____  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes I ou II          | <input type="checkbox"/> Reposição hormonal   | Especifica implantes: _____                            |

# APÊNDICE B – FICHA PARA A COLETA DE DADOS CLÍNICOS

<b>EXAME CLÍNICO</b>														
N: _____ Nome: _____										Data: ____/____/____				
<b>IMPLANTE</b>														
Dificuldade de higiene do implante (baixa/média/alta)														
Presença de facetas e desgastes (sim/não)														
Dente adjacente a facetas e desgastes ou bruxismo (sim/não)														
Dente adjacente a comprometimento periosteal saudável/gengivite/periodontite														
Dente adjacente a retenção de placa sem fator/cárie/restauração/fratura														
Antagonista dente natural/prótese ov/prótese implanto/dentadura/ausente														
Antagonista dente natural/coroa de resina/coroa de cerâmica/ausente														
Sistema de retenção (cimentada/parafusada)														
Gengiva artificial														
Tipo de prótese (unitária/parcial/total/overdenture)														
Fase protética (provisória/definitiva)														
Material de investimento (resina/cerâmica)														
Emergência do parafuso (vestibularizado/lingualizado/ideal)														
Fratura coronal (não/1 face/2 faces/3 faces/4 faces) (especificar a face)														
Falha do parafuso (não/afrouxamento/fratura)														
Data de instalação do implante														
Instalação do implante (mediato/mediato)														
Torque de instalação do implante														
Marca comercial do implante														
Diâmetro e comprimento do implante (mm)														
Plataforma do formato do implante (H/HI/CM) (cilíndrico/cônico/híbrido)														
Tratamento da superfície do implante (usinada/tratada-qual?)														
Data de instalação da prótese														
Pilar protético														
Angulação do pilar protético (0°/3°/7°/30°) (autrocolocar @ grau)														
Carga do implante (mediata/mediata)														
Data da perda do implante														
Motivo da perda do implante (fratura/má posição/osseointegração/periimplantite)														
Momento da perda do implante (antes da reabertura/na reabertura/pós-prótese)														
Exerto do dente tipo e momento (pré-impl/inst-impl/reabert/pós-prótese)														
Exerto do dente tipo e momento (pré-impl/inst-impl/reabert/pós-prótese)														
DIAGNÓSTICO (saudável/mucosite/periimplantite)														
<b>PERIOGRAMA</b>														
Data: ____/____/____														
<b>IMPLANTE</b>														
Alunos:														
Índice de placa modificado (0/1/2/3)														
Índice de sangramento gengival (0/1/2/3)														
Ordem de mucosa teratinizada (mm)														
Referência para recessão														
(a) Recessão da mucosa (mm)														
(b) Profundidade de sondagem (mm)														
(c) Nível clínico de inserção (mm)														
Sangramento de sondagem														
Supuração														
<b>BRUXISMO</b>														
Você se percebeu perturbado quando ou se acordou acordado antes? (sim/não)														
Alguns dias há esse ruído que você faz quando dorme antes de acordar? (sim/não)														
Você costuma ter dores de cabeça ou dor na muscular na face? (sim/não)														
Você utiliza algum dispositivo de proteção bucal? (sim/não/qual?)														
<b>RX: NÍVEL DE PERDA ÓSSEA</b>														
<b>IMPLANTE</b>														
Face														
(+): Instalação														
(-): Atual														
Observações:														
<b>Nº</b>														
Unitárias														
Parciais														
Totais														
Sup														
Inf														
Námid														

## APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DIDL

1. Estou satisfeito com meus dentes em geral.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo	19. Meu contato com outras pessoas está afetado pela habilidade de comer e falar.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo
2. Estou satisfeito com a aparência dos meus dentes.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo	20. Meu contato com outras pessoas está afetado pela dor em meus dentes.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo
3. Estou satisfeito com a cor dos meus dentes.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo	21. Meu relacionamento está afetado por dor nos dentes.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo
4. Estou satisfeito com a posição dos meus dentes.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo	22. Meu relacionamento está afetado pela minha habilidade de comer e falar.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo
5. Sinto dor espontânea nos meus dentes.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo	23. Minha autoconfiança está afetada pela aparência dos meus dentes.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo
6. Sinto dor nos dentes quando como ou bebo algo frio ou quente.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo	24. Eu me sinto constrangido pela aparência dos meus dentes.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo
7. Mudei minha alimentação por causa de dor.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo	25. Meu relacionamento está afetado pela aparência dos meus dentes.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo
8. Sinto dor na minha articulação têmporo-mandibular.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo	26. Tento evitar mostrar meus dentes quando sorrio.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo
9. Tenho preocupação com meus dentes.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo	27. Não estou satisfeito com meu sorriso.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo
10. Restos de alimentos ficam presos entre os meus dentes.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo	28. Meu trabalho está afetado pela dor.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo
11. Sofro de mau hálito.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo	29. Eu me sinto envergonhado por causa de dor.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo
12. Tenho dentes amolecidos.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo	30. Durmo mal por causa de dor.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo
13. Não estou satisfeito com minha gengiva.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo	31. Estou satisfeito com minha capacidade de mastigar.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo
14. Tenho sangramento gengival.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo	32. Estou satisfeito com minha mastigação em geral.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo
15. Tenho sensibilidade com frio ou calor devido a recessão gengival.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo	33. Estou satisfeito com minha capacidade de moer.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo
16. Meu trabalho está afetado pela aparência de meus dentes.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo	34. Estou satisfeito com minha mordida em geral.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo
17. Meu trabalho está afetado pela habilidade de comer e falar.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo	35. Não mudei a forma de preparar os alimentos por causa dos meus dentes.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo
18. Meu contato com outras pessoas está afetado pela aparência dos meus dentes.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo	36. Não mudei o tipo de comida por causa dos meus dentes.	<input type="checkbox"/> Concorde <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Discordo



## ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
COM SERES HUMANOS

FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SUCESSO E SOBREVIVÊNCIA DE IMPLANTES OSSEOINTEGRADOS

**Pesquisador:** NILTON DE BORTOLI JUNIOR

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 17277913.6.1001.0075

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO CIENT E TEC ODONTOLOGIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 367.077

**Data da Relatoria:** 21/08/2013

## Apresentação do Projeto:

Este estudo, corte retrospectivo, pretende analisar a taxa de sobrevivência e o sucesso dos implantes em seus diferentes tipos de reabilitação protética, após 1 ano de sua instalação, em trabalhos executados na FUNDECTO (Fundação para o desenvolvimento Científico e Tecnológico da Odontologia), Universidade de São Paulo. Consistirá em uma avaliação clínica e radiográfica de pacientes que foram submetidos a reabilitação com implantes e próteses. Para tanto serão observadas as condições das próteses; dos elementos dentários quando presentes; dos implantes; tecidos de suporte e adjacentes.

## Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário é analisar a taxa de sobrevivência e sucesso dos implantes dentários sob diferentes tipos de reabilitação protética. Tem o objetivo secundário de analisar a influência de alguns fatores medidos no tratamento, sobre o sucesso dos implantes.

## Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A intervenção será um exame clínico com tomada radiográfica e estão mensurados os riscos.

Os benefícios será o paciente conhecer o estado de suas próteses e implantes e ter uma orientação com relação ao seus cuidados com os implantes

## Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem delineada e pode fornecer informações importantes para a longevidade dos

**Endereço:** Av Prof Lineu Prestes 2227  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 05,508-900  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7814 **E-mail:** cepfo@usp.br

FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 367,077

implantes.

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

Foram apresentadas: carta de autorização para desenvolver na Fundect, TCLE e o projeto nas integra. Estando eles em conformidade as exigências CEP-FOUSP.

**Recomendações:**

Não há recomendações aos pesquisadores

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

No projeto apresentado não há pendências ou inadequações, portanto tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais semestrais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SAO PAULO, 21 de Agosto de 2013

Assinador por:

**Maria Gabriela Haye Biazevic  
(Coordenador)**

**Endereço:** Av Prof Lineu Prestes 2227

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 05.508-900

**UF:** SP **Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3091-7960

**Fax:** (11)3091-7814

**E-mail:** cepfo@usp.br