REBEKA MARIA DE OLIVEIRA MELO

**Avaliação da saúde oral em pacientes com perdas faciais atendidos no
ambulatório de Prótese Bucomaxilofacial da FOUSP**

São Paulo

2019

REBEKA MARIA DE OLIVEIRA MELO

**Avaliação da saúde oral em pacientes com perdas faciais atendidos no
ambulatório de Prótese Bucomaxilofacial da FOUSP**

Versão Corrigida

Dissertação apresentado à Faculdade de Odontologia Universidade de São Paulo, para obter o Título de mestre, pelo programa de pós-graduação em Ciências Odontológicas.

Área de concentração: Prótese Bucomaxilofacial

Orientadora: Profa. Dra. Neide Pena Coto

São Paulo

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Melo, Rebeka Maria de Oliveira .

Avaliação da saúde oral em pacientes com perdas faciais atendidos no ambulatório de Prótese Bucomaxilofacial da FOUSP / Rebeka Maria de Oliveira Melo; orientadora Neide Pena Coto. -- São Paulo, 2019.

99 p. : tab., fig., graf. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Prótese Bucomaxilofacial. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão Corrigida

1. Qualidade de vida. 2. Perdas faciais. 3. Saúde bucal. I. Coto, Neide Pena. II. Título.

Melo RMO. Avaliação da saúde oral em pacientes com perdas faciais atendidos no ambulatório de Prótese Bucomaxilofacial da FOUSP. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 05 / 07 /2019

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). Reinaldo Brito e Dias

Instituição: FO-USP

Julgamento: Aprovada

Prof(a). Dr(a). Márcio Katsuyoshi Mukai

Instituição: FO-USP

Julgamento: Aprovada

Prof(a). Dr(a). Nelson Rubens Mendes Loretto

Instituição: FOP-UPE

Julgamento: Aprovada

*Dedico este trabalho a minha família por
eles serem o meu maior exemplo de caráter,
dedicação, perseverança e bondade.*

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus por ter me proporcionado esse momento de glória e de muita conquista na minha vida. Maior que Deus ninguém! Ele sempre me guia em todas as minhas escolhas. O meu destino sempre foi traçado pelos ensinamentos dele e sempre terei Jesus Cristo como o meu maior guia. Agradeço também a mãe de todas as mães, a minha mãe Rainha Nossa Senhora, por seu manto sagrado sempre me iluminar e traçar o meu destino da melhor forma. Obrigada por todas as graças já alcançadas e essa, que será uma das melhores da minha vida.

Agradeço a minha família. Obrigada minha mãe por ser o meu maior exemplo, sempre acreditando nos meus sonhos e me proporcionando o melhor que você poderia fazer pelos seus filhos. Faltam palavras para agradecer toda dedicação e amor que você sempre teve com a sua família. Obrigada aos meus amados e queridos irmãos por me ajudarem nessa caminhada, sempre me escutarem e me ajudarem a nunca desistir. Vocês foram os meus alicerces fortes para que hoje eu chegasse a essa fase da minha vida. Obrigada ao meu amado e querido noivo, por ser a minha palavra de apoio, por sempre se orgulhar e se admirar por todo o meu esforço. Eu te amo cada dia mais. Sem você eu não seria completa. Obrigada aos meus sogros por se tornarem uma verdadeira família em São Paulo e me abraçarem como filha.

Agradeço a minha querida Orientadora Neide Pena Coto pela oportunidade de me tornar uma profissional mais capacitada e sempre me apoiar e me mostrar o melhor caminho para o meu aprimoramento. A Neide é como um anjo que aconselha, conversa e se dedica a todos os seus orientados. Obrigada por ser o meu maior exemplo de profissional e amiga.

Agradeço professores Nelson Loretto e a professora Socorro Oreste por sempre acreditarem no meu potencial e serem impulsionadores do meu desejo de se tornar mestre em Prótese Bucomaxilofacial. Vocês são os meus exemplos de competência e generosidade.

Aos professores da Disciplina de Prótese Bucomaxilofacial: Prof. Dr. Antonio Carlos Lorenz Saboya, Profa. Dra. Beatriz Silva Câmara Mattos, Profa. Dra. Cleusa Aparecida C. Geraldini, Dr. Dorival Pedroso da Silva, Profa. Dra. Márcia André, pelos conhecimentos transmitidos que foram fundamentais durante as atividades clínicas, laboratoriais e créditos cumpridos durante esses dois anos de mestrado. E em especial ao Prof. Titular Reinaldo Brito e Dias por me receber e estar sempre a nossa disposição.

Aos secretários e auxiliares do Departamento de Cirurgia, Prótese e Traumatologia Maxilofaciais, pela ajuda e serviços prestados: Alzira Alves, Dequias Alves dos Santos Filho e em especial ao Édson Henrique Vicente por sempre me orientar, ajudar e me aconselhar sobre o andamento no curso de mestrado.

Ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

A CAPES, pela concessão da bolsa do mestrado na realização da pesquisa.

Aos pacientes, que sempre irão ser o motivo do meu esforço e dedicação. Pela lição de vida e exemplo de força e superação.

A todos aqueles que contribuíram de alguma forma na realização desse trabalho, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

Melo RMO. Avaliação da saúde oral em pacientes com perdas faciais atendidos no ambulatório de Prótese Bucomaxilofacial da FOUSP [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2019. Versão Corrigida.

Pacientes com perdas faciais, muitas vezes, perdem a autoestima e a vontade de viver, levando a precariedade a sua qualidade de vida. No decorrer de tratamento reabilitador protético facial estes pacientes apresentam sérios problemas de saúde oral. Porém, não há na literatura estudos específicos que avaliem esta condição. Este trabalho avaliou a saúde oral do paciente com perda facial atendido no Ambulatório da Prótese Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da FOUSP, e observou vários dados importantes para traçar o perfil do paciente estudado. Foi utilizada uma avaliação por meio de um questionário baseado nos achados de outros estudos e seleção de perguntas de instrumentos já existentes com aplicação de um estudo piloto. Em seguida, aplicação do questionário final em pacientes com perdas faciais atendidos no ambulatório de Prótese Bucomaxilofacial da FOUSP. Como resultado os pacientes estudados apresentaram idade média de 53 anos, 65,3% do gênero masculino, baixa escolaridade, com perda adquirida patológica em maior número, região da face mais acometida foi a ocular, o tempo médio de uso de próteses intraorais foi de 7 anos, mais da metade dos pacientes consomem bebidas ácidas, 85,7% não fumam e não tem o hábito de roer objetos e/ou unhas. Quanto a percepção de qualidade de vida foi vista que os pacientes acostumam-se a perda mas tem esperança de melhorar a qualidade de vida após a reabilitação. Quanto a saúde oral conclui-se que os mesmos relataram que após a perda facial passaram a ter mais cuidados escovando os dentes melhor, porém relataram que necessitam de tratamento odontológico.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Perdas faciais. Saúde Oral.

ABSTRACT

Melo RMO. Evaluation of oral health in patients with facial losses attended at the clinic of the Buccomaxillofacial Prosthesis of FOUSP [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2019. Versão Corrigida.

Patients with facial defects often lose self-esteem and the will to live, leading to precariousness of their quality of life. In the course of facial prosthetic rehabilitation treatment, these patients present serious oral health problems. However, there are no specific studies in the literature that evaluate this condition. This study evaluated the oral health of the patient with facial defects attended at the Buccomaxillofacial Prosthesis Ambulatory of the School of Dentistry of FOUSP, and observed several important data to trace the profile of the patient studied. An evaluation was done using a questionnaire based on the findings of other studies and selection of questions from existing instruments with the application of a pilot study. Then, the final questionnaire was applied in patients with facial defects attended at the Buccomaxillofacial Ambulatory. As a result, it was observed that the patients affected with facial defects attended at and Maxillofacial Prosthesis Ambulatory presented poor oral health, but interested in improving it. The patients studied had a mean age of 53 years old, female gender, low educational level, with acquired pathological loss in a greater number, the region of the face most affected was ocular, the average time of use of intraoral prostheses was 7 years. Regarding the perception of quality of life it was seen that patients are accustomed to loss but hope to improve quality of life after rehabilitation. Regarding oral health, they reported that after facial loss they started to have more care brushing their teeth better, but reported that they need dental treatment.

Keywords: Quality of life. Facial loss. Oral health.

LISTAS DE GRÁFICOS

Gráfico 5.1 - Distribuição por Gênero	44
Gráfico 5.2 - Distribuição por Escolaridade.....	45
Gráfico 5.3 - Distribuição para a Pergunta: Com que frequência faz uso de bebida alcoólica?	46
Gráfico 5.4 - Distribuição para Pergunta: Com que frequência consome bebidas ácidas?	46
Gráfico 5.5 - Distribuição para Pergunta: É fumante?.....	47
Gráfico 5.6 - Distribuição para Pergunta: Tem hábito de roer objetos e/ou unhas? .	47
Gráfico 5.7 - Distribuição para a Pergunta: Quantas vezes escova os dentes ao dia?	48
Gráfico 5.8 - Distribuição para a Pergunta: Qual a frequência diária do uso do fio dental?	48
Gráfico 5.9 - Distribuição para Pergunta: qual foi a última vez que foi ao Cirurgião Dentista?	49
Gráfico 5.10- Distribuição para a Pergunta: Qual a frequência que visita o Cirurgião Dentista?	49

Gráfico 5.11-Distribuição para a Pergunta: Já recebeu orientação de higiene bucal?	50
Gráfico 5.12 Distribuição para a Pergunta: Você acha que sua perda facial influenciou na sua vontade de escovar os dentes?	50
Gráfico 5.13-Distribuição para a Pergunta: Você atualmente se sente confortável com a sua perda?	51
Gráfico 5.14-Distribuição para a Pergunta: Você acha que depois da instalação da sua prótese facial a sua vida irá mudar?	51
Gráfico 5.15-Distribuição para a Pergunta: quanto ao tempo de uso de prótese intra- oral?.....	52
Gráfico 5.16-Distribuição para a questão etiologia da perda.....	53
Gráfico 5.17-Distribuição para a questão etiologia da perda adquirida	53
Gráfico 5.18-Distribuição para a questão região da face acometida pela perda	54
Gráfico 5.19-Distribuição para a questão do já uso da Prótese facial	54

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	21
3	OBJETIVOS	31
3.1	Objetivo Primário.....	33
3.2	Objetivo Secundário.....	33
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	35
4.1	Considerações bioéticas.....	37
4.2	Materiais	37
4.3	Métodos.....	37
4.4	Desenvolvimento do estudo	38
4.5	Amostra	39
5	RESULTADOS	41
6	DISCUSSÃO	55
7	CONCLUSÕES	63
	REFERÊNCIAS	67
	ANEXOS.....	79

1. Introdução

1 INTRODUÇÃO

A Prótese Bucomaxilofacial (PBMF) é a especialidade da Odontologia responsável pela reabilitação protética de perdas e/ou malformações faciais, intra e extra orais ocasionadas por trauma, patologias ou distúrbios de desenvolvimento ^(1, 2). Denomina-se prótese a reposição artificial de uma parte perdida do organismo. Tratando-se de reconstituição facial, esta passa a ser chamada de prótese buco-maxilo-facial, tendo por objetivos principais restaurar a aparência, proteger a área danificada e trabalhar o psicológico do paciente em relação a sua autoestima e autoconfiança⁽¹⁾. Assim a prótese facial aparece como um recurso científico para a manutenção da relação sujeito e perda.

As mutilações faciais são multifatoriais, segundo Rezende, 1997 ⁽²⁾. Para pacientes mutilados a reparação plástica cirúrgica reparadora ou autoplástica de deformidades faciais tem produzidos resultados satisfatórios na maioria dos casos quando as condições locais e gerais forem favoráveis e tal procedimento, sendo o método de escolha prioritário. Há, todavia algumas condições que podem contraindicar o tratamento plástico cirúrgico tais como: condições locais dos tecidos quanto a possível recidiva tumoral, condição vascular precária em torno da lesão; a grande extensão da lesão; idade e estado geral precário do paciente. Em tais casos, a reparação facial protética, isto é, a aloplastia, não é apenas um método de escolha, mas o único método viável. As próteses faciais prestam inestimáveis serviços à reparação das perdas teciduais desses pacientes, visando dessa maneira, devolvê-los à sociedade e ao âmbito familiar em melhores condições ⁽³⁾.

Os defeitos na região maxilofacial podem ser divididos em congênitos e adquiridos, sendo este último subdividido em patológicos ou traumáticos. As perdas patológicas, em especial as causadas por neoplasias malignas, são as maiores responsáveis pelos defeitos nessa região. Tais problemas podem evitar que um paciente volte às atividades diárias normais.

O cirurgião-dentista tem uma grande participação e responsabilidade na reabilitação estética e funcional de pacientes mutilados ⁽⁴⁾. Além de fornecer tratamento para o defeito, o Cirurgião-dentista deve levar em consideração o aspecto psicológico do

paciente. O trauma que eles sofrem devido ao estigma social tem um efeito profundo (5).

A face é uma das partes mais importantes do corpo. Especificamente, é a parte corporal que mais distingue as pessoas, sendo de fato o foco da interação humana. Ela convence ou atrai as nossas intenções ou emoções, consciente ou inconscientemente revelando nossas emoções e os nossos sentimentos, sendo a mais importante marca de identificação do ser humano. Quando da ocorrência de perdas de qualquer região da face, certamente estará instalado, além de um sério problema estético e funcional, o psíquico (2, 3, 6).

Pacientes com perdas faciais, muitas vezes, perdem a autoestima e a vontade de viver, levando a precariedade da sua qualidade de vida. Quando isto ocorre o paciente é acometido, sofre um processo de negação e de baixa autoestima, podendo interferir em seu cuidado pessoal deixando de se cuidar e levando da sua saúde geral (6, 7).

Observa-se no dia a dia do Ambulatório de Prótese Bucomaxilofacial que os pacientes atendidos possuem baixa autoestima e podem deixar de lado o seu cuidado com a saúde geral e a saúde oral comprometendo de tal modo que no decorrer de seu tratamento reabilitador protético facial este relate dores e desconfortos orais. Mediante este fato e por falta de estudos nessa área, esta pesquisa avaliou a saúde oral de pacientes com perdas faciais atendidos no Ambulatório da Faculdade de Odontologia da USP.

2. *Revisão de Literatura*

2 REVISÃO DE LITERATURA

A tentativa do ser humano de restaurar artificialmente a face é datada desde a época das antigas civilizações. Ao longo do tempo achados arqueológicos têm revelado múmias egípcias com olhos, nariz e orelhas artificiais. Um exemplo desses achados são as práticas dos povos antigos de restaurar os olhos das múmias com pedras preciosas como símbolo de devoção aos deuses ⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Existe uma tendência natural na vida do ser humano em manter todos os seus aspectos em constante estado de equilíbrio, como se fosse uma rede. A alteração em qualquer um desses aspectos, como o caso de alterações nos órgãos do corpo humano, pode eventualmente desarticular temporariamente ou permanentemente a vida do indivíduo e dependendo de como isto ocorre, pode haver consequências de maior ou menor gravidade ⁽¹¹⁾. Apesar dos avanços na cirurgia plástica e o desenvolvimento de novas técnicas da medicina, ainda hoje se existe a necessidade de reabilitar por meio de próteses bucomaxilofaciais, pacientes mutilados acometidos por patologias ou traumas ⁽¹²⁾. A reabilitação protética de defeitos faciais tem como um dos seus objetivos, a restauração estética e restabelecimento da autoestima de pacientes mutilados ⁽¹³⁾.

As perdas Bucomaxilofaciais se estendem desde as grandes perdas maxilares e mandibulares, tratamento de fendas labiopalatinas, perdas intraorais e as extraorais que são as faciais. Os protesistas dessa especialidade atuam também por meio de dispositivos e aparelhos auxiliares na radioterapia e na cirurgia e na Odontologia do esporte ⁽¹⁴⁾.

A cirurgia plástica apresenta algumas desvantagens em relação às próteses faciais, como reabilitação precoce, rapidez na restituição da aparência do paciente e melhora de sua autoestima, redução do tempo operatório e de internação, do custo do tratamento, como também a possibilidade de inspeção da área lesada ^(15, 16). Um excelente exemplo são as próteses nasais que além de estética, esse tipo de prótese terá as funções de proteger as delicadas estruturas teciduais remanescentes, manter úmida e livre de irritação a membrana da mucosa que reveste a passagem de ar,

recuperar a ressonância nasal e reparar o contorno facial agindo como benefício psicossocial durante o restabelecimento do paciente ⁽¹⁷⁾.

A reabilitação protética de pacientes mutilados faciais é fundamental para a recuperação funcional e estética e na reintegração facial ⁽¹⁸⁾. Um exemplo dessas perdas faciais são as lesões na região nasal que podem ocorrer principalmente devido à remoção cirúrgica de uma neoplasia ou por trauma, acarretando prejuízo estético e funcional muito importante para estes pacientes, que tem a sua autoestima afetada e se isolam do convívio social, muitas vezes, porque nenhum procedimento de reconstrução foi realizado ⁽¹⁸⁾.

Outro exemplo de perda facial bastante importante é a perda da visão do ser humano que é um dos órgãos do sentido que atua no equilíbrio que o ser humano tende a ter. sendo responsável, em parte, por vários aspectos importantes para a sobrevivência do homem e de sua espécie. Defesa, segurança, alimentação, entre outros, são fatores ligados ao desenvolvimento do indivíduo ⁽¹⁹⁾. Há perdas, que por suas características, têm a tendência de provocar grandes alterações na vidas das pessoas. A perda de um olho é uma amputação, que pode ocasionar no paciente mutilado um luto profundo, depressão e até mesmo a morte. Além de problemas funcionais e psicológicos que o paciente mutilado facial pode sofrer, existe o problema óbvio da cosmética final, encontra-se uma consideração na qual, para algumas pessoas, é intolerável – a imagem corporal defeituosa sendo uma deformidade facial considerada muito maior que qualquer outra ⁽²⁰⁾.

As mutilações em órgãos vitais como o olho humano, que é um importante componente da expressão facial ⁽²¹⁾, pode acarretar em efeito negativo latente no estado psicológico do paciente. Interferindo na interação do indivíduo com o meio e prejudicando muito mais pelo lado estético do que pelo funcional. O paciente com anoftalmia pode apresentar sérios problemas em estabelecer vínculos afetivos, de organizar a vida frente às novas circunstâncias, sentimento de inferioridade e rejeição em relação ao meio de convivência ⁽²²⁾.

A depressão pós-perda pode ser vivida como outra fase do processo de luto do paciente que sofreu uma mutilação facial, quando um estado de profundo pesar e infinita tristeza pela situação de perda são instalados. Assim, todos os aspectos que envolvem a situação tendem ser sentidos como negativos, dificultando o processo de reestabelecimento da autoestima ⁽²³⁾.

É indispensável a participação da equipe multidisciplinar no tratamento do paciente para que o indivíduo se fortaleça na elaboração da perda. Com o auxílio de especialistas em cirurgia plástica, protéticos e psicólogos pode se conseguir a reabilitação, pois somente após o paciente voltar a sentir, fazer e experimentar como antes é que se pode considerá-lo psicologicamente reabilitado ⁽²⁴⁾.

Um tratamento mais abrangente além dos procedimentos técnicos e cirúrgicos, avaliando os aspectos psicossociais que circundam o contexto em que a perda facial acarreta, pode possibilitar aos pacientes melhoria nas condições de convívio com a deficiência e suas consequências ⁽²⁵⁾. O aspecto social deve ser considerado, uma vez que a pessoa precisa de seu lugar na sociedade para reintegrar-se, inclusive como meio de sobrevivência. A resposta da sociedade será permeada pelo preconceito, inerente à tentativa de controle social. A cultura dita o modo de pensar e comportar apesar do livre-arbítrio, reforçando uma sociedade opressiva. O alvo, com medo da exclusão, repulsa e estigma adotará uma determinada forma de posicionamento perante os outros, reforçando ou não a continuidade do preconceito ^(24, 25). A atuação da especialidade ratifica o conceito de saúde, que se entende como estado de completo bem-estar físico, mental e social e não constituindo apenas a não presença de uma doença ou de enfermidade que atinja o indivíduo ⁽²⁶⁾.

É sabido que a autoestima baixa pode trazer inúmeros problemas de saúde geral no paciente e é importante que nesse contexto que a saúde bucal deve ser entendida como um aditivo da saúde psicossomática (corpo e mente), pois a pessoa que possui um quadro severo de edentulismo sofre diversos danos psicológicos, tais como a impossibilidade de ir a um churrasco, por exemplo, se priva de comer certos alimentos, visto que não possui dentes para triturar, se sente inibido de expor um sorriso ⁽²⁷⁾.

Na atualidade a odontologia vem se voltando em buscar a perfeita harmonia do sorriso. Geralmente os pacientes procuram tratamento em momento de dor ou quando pretendem a recuperação da forma, posicionamento ou cor dos dentes e gengivas, sendo motivados muitas vezes por influência da sociedade midiática, que vive em busca do belo e do ideal para se comportar dentro dos padrões do belo impostos pela sociedade. Sem dúvidas a falta de harmonia da anatomia natural, como a falta de um elemento dentário, são fatores que podem afetar bastante a autoestima do indivíduo, especialmente porque na época atual existe uma valorização extrema da estética. A perda da autoestima decorrente de questões dentárias pode levar a sérios problemas sociais, como transtornos sociais, pois atitudes simples do dia a dia como sorrir pode se tornar um verdadeiro problema para o ser humano, dificultando a sua interação social, podendo levar a sério problemas psicológicos.⁽²⁸⁻³²⁾.

O conceito qualidade de vida é bem abrangente e vem crescendo cada vez mais nas práticas de saúde, por diversos profissionais que atuam junto a pacientes acometidos por enfermidade variadas. A qualidade de vida do ser humano está relacionada não só ao próprio estado de saúde do indivíduo, mas também a capacidade funcional, a aspectos sociais e econômicos, ao estado emocional, a integração e interação na sociedade, a atividade intelectuais, o autocuidado, a vida em família, aos valores culturais, a religião aos aspectos éticos, ao estilo de vida e a satisfação em relação a empregabilidade e atividade do dia a dia no ambiente que se vive ⁽³³⁻³⁵⁾.

As alterações produzidas pela perda total dos dentes deveriam se constituir em um importante objeto de atenção da classe odontológica ⁽³⁶⁾. No entanto, a abordagem dos profissionais, por muitas vezes, apenas considera as perspectivas biológicas e restauradoras ⁽³⁷⁾, ou seja, a recomposição dos dentes deve ser realizada dentro dos melhores princípios da técnica, negligenciando-se as repercussões da perda dental na qualidade de vida dos pacientes ⁽³⁶⁾.

A perda dentária parcial ou na sua totalidade é uma condição encontrada em muitas pessoas, principalmente na população geriátrica com baixo nível socioeconômico e cultural. Por exemplo, o paciente institucionalizado apresenta qualidade de vida e condições de saúde bucal abaixo de idosos ou indivíduos não institucionalizados. Mesmo quando muitos desses idosos são reabilitados

proteticamente, muitas vezes não recebem orientações corretamente em relação ao uso, acompanhamento, higienização e à substituição das próteses. Essas próteses acabam não sendo substituídas no tempo correto e necessário, tornando-se o seu uso insatisfatório e inadequado para a saúde do usuário ⁽³⁸⁾.

Segundo dados do SB Brasil 2010 ⁽³⁹⁾, mais de 7 milhões de idosos do país necessitam de próteses intraorais, dentre elas estão as Próteses totais e as Próteses parciais. Sendo que nas regiões do Brasil com menor nível de desenvolvimento humano, como no Nordeste brasileiro, esta condição se torna ainda mais desfavorável. Esses dados estão relacionados à falta de acesso, por parte desses pacientes, a serviços de próteses dentárias, contribuindo para a procura por reabilitações em lugares inadequados, mas são ambientes que atendem as limitações econômicas dessas pessoas. A busca por próteses inadequadas, contribuem para o aparecimento de lesões bucais, como a candidíase e a hiperplasia inflamatória. Sendo que a maioria das próteses intraorais que apresentam ligação direta ou indiretamente com o aparecimento de lesões bucais, possuem mais de 05 anos de uso e geralmente apresentam indicações de troca. Esses dados, mostram a importância da relação paciente com o profissional Cirurgião-dentista em consultas regulares e orientação sobre o uso das próteses ⁽⁴⁰⁾.

Na odontologia, muitos tratamentos tem a finalidade de solucionar adversidades causados pela doença cárie ou pela doença periodontal. Contudo, é muito mais fácil a precaução para evitar o surgimento dessas doenças do que tratá-las depois de instaladas ou mesmo diminuir ou limitar o desenvolvimento ⁽⁴¹⁾. A prevenção é a principal forma de evitar o aparecimento ou o progresso dessas doenças. Dentre as várias maneiras de prevenção, a orientação de higiene bucal ocupa lugar de destaque. A educação é uma medida que promove saúde e melhora substancialmente a higiene dos pacientes ^(42, 43).

Devido ao aumento da vida média no Brasil, aumentou consideravelmente o tempo de vida dos elementos dentários, juntamente com a evolução da odontologia ao longo do tempo, resultando na identificação de um maior número de dentes apresentando lesões cervicais não cariosas, devido muitas vezes a alimentação da população. A erosão dental é resultante da perda progressiva e irreversível de tecido dentário duro (esmalte e dentina) através de ação química de ácidos, sem, no entanto,

ocorrer envolvimento bacteriano. Clinicamente é possível observar uma relação entre consumo de alimentos considerados ácidos e o desenvolvimento das lesões de erosão nos elementos dentários, cujo o tratamento deve-se iniciar com a retirada do agente causador. O cirurgião-dentista deve diagnosticar estas lesões buscando a identificação da causa de sua formação. A principal forma de diagnosticar o agente causador é por meio de uma anamnese detalhada, com intuito de investigar os hábitos alimentares do paciente. Associado à anamnese um exame intra-oral deve ser feito minuciosamente. A principal maneira de evitar a erosão dentária é através da prevenção ⁽⁴⁴⁾.

A Cárie dental é uma doença crônica que surge do resultado da dissolução mineral dos tecidos dentários, devido a fabricação de ácidos que são produzidos por bactérias, quando estas fazem a metabolização dos carboidratos, como a sacarose, oriundos da dieta ⁽⁴⁵⁾. A doença periodontal é uma infecção crônica, causada por bactérias gram-negativas com prevalência elevada ⁽⁴⁶⁾. Gengivite pode ser definida como uma inflamação superficial da gengiva onde, mesmo apresentando alterações patológicas, o epitélio de união se mantém unido ao dente, não ocorrendo perda de inserção. Caso seja removido os fatores etiológicos, como as bactérias, é uma situação reversível. Já a Periodontite é uma situação de inflamação com destruição do periodonto e acontece quando as mudanças patológicas presentes na Gengivite se desenvolvem até haver destruição do ligamento periodontal e migração apical do epitélio de união, podendo acontecer a perda do elemento dentário ⁽⁴⁷⁾. A doença oral tem um importante impacto psicológico e social na vida do indivíduo. Antes de se curar uma patologia é necessário que se mantenha a saúde do indivíduo e, para isto, existem instrumentos simples de serem utilizados como orientação de escovação ⁽⁴⁵⁾.

A aparência facial interfere nas mais diversas situações, como na educação, relacionamento e emprego, daí sua reconhecida importância ⁽¹¹⁾. A autoimagem e expectativas baseadas em como o indivíduo se percebe e o que espera para compor sua estética facial/pessoal, são aspectos diretamente relacionados com a atuação do profissional. Uma face desviada do normal se torna um estigma daí a complexidade da aparência facial e a importância do campo do cirurgião-dentista. Nesse aspecto é válido entender que a importância dos dentes nos dias atuais, também vai além das funções biológicas do ser humano como na mastigação e fonação na fonética. Além disso, a sociedade moderna não aceita com muita facilidade o indivíduo desdentado

ou pessoas com perda facial. Um dos problemas que pode ocorrer com a intervenção odontológica e cirúrgica é a insatisfação com os resultados ^(11-12,28). A complexidade do assunto, escassez da literatura específica e polêmica do tema justificam o interesse deste estudo em avaliar estes aspectos para que o paciente Bucomaxilofacial tenha atendimento não só voltado a sua perda facial, mas a sua como também a sua saúde bucal.

3. *Objetivos*

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Primário

Avaliar a saúde oral de pacientes com perdas faciais atendidos no Ambulatório da Faculdade de Odontologia da USP-SP.

3.2 Objetivo secundário

- Definir o perfil do paciente atendido no Ambulatório da Prótese Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da FOU SP por meio de faixa etária, gênero, escolaridade tipo da perda região facial mais acometida e tempo de uso de prótese intraoral.
- Avaliar a Percepção da sua qualidade vida e saúde oral após a perda facial.

4. Materiais e Métodos

4 MATÉRIAIS E MÉTODOS

4.1 Considerações bioéticas

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – CEP/FOUSP com seu número de aprovação CAAE 87486118.8.0000.0075 (Anexo A) para aplicação da pesquisa.

Todos os sujeitos foram esclarecidos quanto ao objetivo e procedimentos realizados e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.2 Materiais

- Questionário e folha da Anamnese com o TCLE
- Caneta
- Espelho Clínico e Sonda exploradora
- Notebook Sony Model SDV 132ª14L para posterior tabulação dos dados obtidos no questionário e anamnese.

4.3 Métodos

Participaram deste estudo 50 pacientes com perdas faciais, dos gêneros masculino e feminino, maiores de 18 anos atendidos no Ambulatório de Prótese Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Os dados foram coletados após a explicação da pesquisa ao paciente e assinatura do TCLE (Anexo B). Um questionário semiestruturado, construído por questões fechadas foram preenchido pelo pesquisador em entrevista ao paciente (Anexo C). Nesse estudo foram investigadas variáveis, referentes a comportamentos, atitudes,

características sócio-econômico-educacionais e pessoais relacionadas, direta ou indiretamente, ao paciente, como: identificação do sujeito (sexo, idade, escolaridade); origem e o tempo da perda facial, uso do fio dental, frequência diária da higiene bucal, percepção pessoal da ocorrência de sangramento gengival, ingestão de alimentos ácidos na dieta, uso e frequência de bebidas alcoólicas e do tabaco, hábitos deletérios como roer as unhas e outras variáveis como a última visita e a frequência de ida ao Cirurgião-dentista para cuidados com a saúde bucal. Identificamos também a percepção da identificação do entrevistado sobre a necessidade atual de cuidados do Cirurgião-dentista e se eles identificam a correlação da sua perda com seus cuidados com a saúde bucal.

Posteriormente a anamnese, foi feito o exame clínico intra-oral pelo pesquisador. Nesse exame, foram identificados a ausência ou não de elementos dentários, presença de cáries, presença de biocorrosão dentária, presença de restaurações, presença de tártaro dental, uso de próteses na cavidade bucal e a identificação do uso ou do futuro uso de prótese facial.

4.4 Desenvolvimento do estudo

Após aprovação do Comitê de ética no primeiro semestre de 2018, foi feito um estudo piloto como fase de calibração, onde 10 pacientes atendidos na Clínica de Prótese Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, passaram pela pesquisa. Essa fase inicial foi aplicada por um aluno de Iniciação Científica e pela pesquisadora principal do Projeto. Foi percebido posteriormente a calibração, a necessidade da pesquisadora principal em assumir totalmente a pesquisa para não haver interpretações dúbias. Após essa fase o projeto foi aplicado e com base estatística, através de números fornecidos pela base de dados do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e pelos atendimentos realizados no ambulatório da Clínica de PBMF da FOUSP para determinar a amostra.

4.5 Amostra

Participaram deste estudo 50 pacientes com perdas faciais por amostra de conveniência, dos gêneros masculino e feminino, maiores de 18 anos atendidos no Ambulatório de Prótese Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

- **Critérios de exclusão:** Pacientes menores de 18 anos, pacientes com outras perdas Bucomaxilofaciais que não sejam perdas faciais (ocular, nasal, oculopalpebral e auricular) e pacientes que se recusam a participar da pesquisa .
- **Critérios de inclusão:** Pacientes maiores de 18 anos atendidos no ambulatório de Prótese Bucomaxilofacial da FOUSP.

5. Resultados

5 RESULTADOS

Em nossa estatística inferencial foram utilizados os softwares: SPSS V20, Minitab 16 e Excel Office 2010. Foi considerado o valor p-valor: $p \leq 0,05$ (5%) como estatisticamente significativa e exposto em vermelho. Foi utilizado testes estatísticos paramétricos, através do teste de Kolmogorov-Smirnov (KS) concluindo-se que existe distribuição de normalidade (Anexo D) ⁽⁴⁸⁻⁵⁰⁾.

Os resultados serão apresentados em forma gráficos seguindo os achados quanto a idade, gênero, escolaridade, hábitos, autopercepção e achados clínicos.

5.1 Questões realizadas durante a anamnese

Esta amostra possui uma baixa variabilidade e consequentemente uma homogeneidade dos resultados. A idade dos pacientes estudados apresentou uma média de 53 anos, pela mediana a distribuição destes pacientes se caracteriza por ser simétrica.

Na distribuição por gênero foi utilizado o teste de Igualdade de Duas Proporções (Gráfico 5.1).

Gráfico 5.1 - Distribuição por Gênero

Nas variáveis com apenas dois níveis de resposta, o p-valor é direto a comparação dos mesmos, como na distribuição de Gênero (Anexo D - Tabela 2), onde temos 65,3% de homens contra 34,7% de mulheres, sendo esta uma diferença estatisticamente significativa (p-valor = 0,002).

Gráfico 5.2 - Distribuição por Escolaridade

A observação da escolaridade mostrou que a maioria das perdas faciais está em pacientes com escolaridade que varia entre nenhuma e ensino fundamental completo (67,4%) (Gráfico 5.2).

No quesito hábitos o gráfico 5.3 mostra a frequência que o paciente ingere bebida alcoólica. Pergunta realizada após questionado se o mesmo fazia uso ou não.

Gráfico 5.3 - Distribuição para a Pergunta: Frequência do uso de bebida alcoólica, para os 18,4% dos pacientes que responderam sim para o uso de bebida alcoólica (Anexo D) conclu.

Gráfico 5.4 - Distribuição para Pergunta: Com que frequência consome bebidas ácidas?

Gráfico 5.5 - Distribuição para Pergunta: É fumante?

Gráfico 5.6 - Distribuição para Pergunta: Tem hábito de roer objetos e/ou unhas?

Gráfico 5.7 - Distribuição para a Pergunta: Quantas vezes escova os dentes ao dia?

Gráfico 5.8 - Distribuição para a Pergunta: Qual a frequência diária do uso do fio dental?

Gráfico 5.9 - Distribuição para Pergunta: qual foi a última vez que foi ao Cirurgião Dentista?

O gráfico 5. 9 foi formado após pergunta previa dicotomica sim/não sendo que sim registrou 77,6%.

Gráfico 5.10 - Distribuição para a Pergunta: Qual a frequência que visita o Cirurgião Dentista?

Gráfico 5.11- - Distribuição para a Pergunta: Já recebeu orientação de higiene bucal?

Já recebeu orientação de Higiene Bucal

Gráfico 5.12 - Distribuição para a Pergunta: Você acha que sua perda facial influenciou na sua vontade de escovar os dentes?

Motivação para escovação

Gráfico 5.13 - Distribuição para a Pergunta: Você atualmente se sente confortável com a sua perda?

Gráfico 5.14 - Distribuição para a Pergunta: Você acha que depois da instalação da sua prótese facial a sua vida irá mudar?

4.2 Resultados para observações no Exame Clínico

Gráfico 5.15 - Distribuição para a Pergunta: Quanto ao tipo de uso de prótese intraoral?

Gráfico 5.16 - Distribuição para a questão etiologia da perda

Gráfico 5.17 - Distribuição para a questão etiologia da perda adquirida

Gráfico 5.18 - Distribuição para a questão região da face acometida pela perda

Gráfico 5.19 - Distribuição para a questão do já uso da Prótese facial

6. *Discussão*

6 DISCUSSÃO

Este trabalho teve como objetivo primário avaliar a saúde oral de pacientes com perdas faciais atendidos no Ambulatório de Prótese Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da USP. Os objetivos secundários definiram o perfil do paciente atendido no Ambulatório com dados de faixa etária, gênero, escolaridade tipo da perda e o tempo da perda da Prótese desses pacientes, além de avaliar a percepção da sua qualidade vida e saúde oral após a perda facial.

Os pacientes estudados apresentaram média de idade da ordem de 53,8 anos (Anexo D- Tabela 16), o que mostra uma amostra de meia idade, quando se observa o panorama brasileiro de saúde oral nesta faixa de idade tem-se a triste realidade que estes apresentam de modo geral saúde oral precária, pois não tem recursos para tal ⁽⁵¹⁾. Pensando na Política Nacional do Idoso (Lei nº. 8842, de 4 de janeiro de 1994) ⁽⁵²⁾, utiliza-se o parâmetro de 60 anos ou mais de idade para classificar o paciente como parte da população geriátrica, porém deve-se observar este grupo antes que chegue a esta idade para que a afirmação de Fiaminghi, 2004 ⁽⁵³⁾ que geralmente, os pacientes geriátricos precisam de cuidados que incluam pelo menos diagnóstico, prevenção e tratamento da cárie, doenças periodontais, dores de cabeça e pescoço, disfunções salivares, problemas com a prótese e comprometimento das funções de mastigação, deglutição e paladar. Observa-se a importância do presente estudo para criar ações que otimizem o atendimento de pacientes “pré geriátricos” no Ambulatório.

Além disso, estudos mostram a necessidade maior de próteses faciais ao aumento da idade, diferentemente de idades mais jovens ou até mesmo idades médias entre 20 a 40 anos em prótese oculares, por exemplo ^(54 -57).

Uma dieta balanceada e variada é indispensável para manutenção de uma dentição saudável. O desgaste dental é freqüentemente diagnosticado na prática clínica odontológica atual, podendo ocorrer de várias formas e atingir regiões dentais específicas. Segundo Grippo ⁽⁵⁸⁾ a erosão dental tem o seu começo com a desmineralização das camadas superficiais do esmalte, tendo a possibilidade de evoluir para perda importante de estrutura dental. Qualquer substância ácida com pH inferior ao crítico para o esmalte (5,5) e dentina (4,5) pode dissolver os cristais de

hidroxiapatita. Os ácidos responsáveis pela erosão dental podem ser provenientes de fontes extrínsecas ou intrínsecas. Os fatores extrínsecos incluem bebidas ácidas e alimentos ácidos, por exemplo. Observa-se no estudo que a média dos pacientes entrevistados que responderam como Sim, para o consumo de bebidas ácidas é equivalente a 61,2% do total dos entrevistados, desses 53,3% consomem alimentos ácidos pelo menos uma vez por semana (Gráfico 5.3, e Gráfico 5.4). O que torna necessária orientação quanto a ingestão e escovação odontológica dos riscos aos dentes caso eles continuem com essa dieta ácida.

A Doença periodontal na atualidade pode ser entendida como processo inflamatório ocasionado por bactérias orais que acometem os tecidos gengivais e ósseos. A gravidade dessa doença pode estar relacionada com a má higienização bucal, presença de bactérias patogênicas, a prática do fumo e idade avançada ^(59,60). O sangramento gengival é um importante achado de índice de inflamação dos tecidos gengivais ^(60,61), é usado como índice de inflamação dos tecidos periodontais, levando-se em consideração como princípio de que a sondagem leve e cuidadosa do sulco gengival não produz sangramento ^(61,62). Para Sharma e Galustians ⁽⁶²⁾ a principal maneira de defesa e prevenção contra o inflamações dentárias é a escovação e o uso do fio dental. Outros parâmetros são fundamentais para fornecer dados de diagnóstico de presença ou ausência de inflamação dos tecidos periodontais, como a perda de inserção, presença de cálculo dentário e profundidade de sondagem ^(63,64). Neste estudo não foi avaliado clinicamente pela pesquisadora, por esses métodos, para não gerar qualquer desconforto ao paciente, mas avaliou parâmetros comportamentais destes como a percepção quanto a saúde gengival. Exceto para a presença de cálculo dentário na avaliação clínica bucal a olho nu.

Foi analisado por meio da anamnese, a frequência da escovação dentária e do uso do fio dental e sua autopercepção sobre sangramento gengival. Nos resultados apresentados, constatou-se que a maioria dos pacientes, embora respondessem que mantém uma frequência diária adequada de pelo menos duas vezes por dia a escovação e o uso de uma vez ao dia do fio dental (Gráfico 5.8), 79,6% (Gráfico 5.7) não identificaram a presença de sangramento gengival. Em contrapartida, clinicamente, mais da metade dos pacientes analisados apresentaram, por inspeção visual, cálculo supragengival que é um dos fatores de retenção de placa mais importante, impedindo uma higienização adequada por parte dos indivíduos. ^(65,66)

O hábito de fumar é um importante fator de predisposição para muitas doenças, como exemplo as periodontopatias. A qualidade de vida definida pela OMS em 1994 também é utilizada para avaliar o impacto do tabagismo na vida do indivíduo ^(67,68). Como a literatura refere a prevalência de fumantes atual de tabaco reduziu - 19% no período, saindo de 18,2% (2008) para 14,7% (2013). O que corrobora com o resultado da pesquisa que informa que apenas 14,3% dos indivíduos do estudo fumam (Gráfico 5.5).

Denomina-se autopercepção de saúde a interpretação das experiências do estado de saúde no dia-a-dia. Essa percepção baseia-se na informação e nos conhecimentos de doença e saúde, alteradas pela vivência, normas sociais e culturais ⁽⁶⁹⁾. Um exemplo de percepção de saúde do presente estudo é a avaliação da autopercepção da saúde bucal. Essa autoavaliação é essencial, pois a conduta é modulada pela percepção dessa condição e importância dada a ela ⁽⁷⁰⁾. Na Odontologia, a avaliação da autopercepção da saúde bucal rotineiramente é importante para encorajar a hábitos e comportamentos saudáveis ^(69,70). O presente estudo avaliou a autopercepção do paciente em sentir necessidade de tratamento dentário e a maioria dos indivíduos. A exemplo de outros estudos ^(71,72,73), grande parte auto percebeu sua saúde bucal como positiva em relação a escovação e frequência da mesma, assim como o uso do fio dental, mesmo com condições objetivas de saúde bucal insatisfatórias, como por exemplo o grande índice de dentes cariados, perdidos e obturados e a necessidade de instalação ou troca de próteses intraorais.

Em estudos da literatura mostram que a média de tempo de uso de prótese intraoral varia de 6 meses a 45 anos sendo que, o tempo de uso da prótese é um dos fatores predisponentes importantes para o surgimento de lesões na mucosa alveolar do paciente por exemplo e deve ter um tempo médio de apenas 5 anos de uso ^(74,75). Esses estudos contribuem para traçar o perfil do paciente atendido no Ambulatório, pois eles usam em média por mais de 7 anos as suas próteses intraorais (Gráfico 5.15). Sendo necessário a avaliação oral sobre o uso das próteses desses pacientes, com suas devidas orientações e futura troca. Os achados da literatura são coerentes quanto a esse contraste ^(72,73), sugerindo que situações objetivas são preditoras insuficientes dessa autopercepção ^(71,72).

A qualidade de vida é definida pela OMS (The WHO-QOL Group, 1994) ⁽⁷⁶⁾ como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas e padrões e preocupações”. A aparência facial intervém nas mais variadas situações, como na educação, relacionamento de empregabilidade, daí sua reconhecida importância ⁽⁷⁷⁾. O paciente anoftálmico, por exemplo, pode apresentar dificuldades em estabelecer vínculos sociais, de organização da sua rotina frente às novas circunstâncias, pode apresentar sentimento de inferioridade e rejeição em relação ao meio social ⁽⁷⁸⁾. Artigos de revisão concluem que as expectativas frente à cirurgia e ao uso da prótese evidenciam tanto os aspectos físicos como os aspectos afetivo e social como, por exemplo, o alívio e ausência da dor, independência, o resgate do convívio social, a perda do sentimento da vergonha nas pessoas ao redor, a volta do interesse aos estudos, trabalhar, olhar as pessoas de frente sem tanta preocupação em esconder o defeito ^(77,79). Neste estudo o resultado não se mostrou diferente, ao perguntar aos pacientes se acha que depois da instalação da sua prótese facial, a sua vida iria mudar, a resposta dos indivíduos entrevistado foi de 98,0% sim, esperando que a vida se torne melhor mesmo 62,9% ,já se mostrando acostumado com a perda (Gráfico 5.13 e 5.14). Essas respostas condizem com a literatura pesquisada em que os pacientes criam expectativas sobre terem uma vida melhor com a instalação da Prótese facial ^(11,77).

Quando o paciente sofre uma perda de substância na região facial, a reposição mediante a cirurgia plástica é o método de eleição, porém quando isso não é possível tal reposição é conseguida por meios protéticos. Um ponto interessante do Cirurgião-Dentista compreender é que o tratamento protético reabilitador estende-se desde às perdas intraorais quanto as grandes perdas de maxila e mandíbula, ao tratamento das fendas labiopalatinas e às perdas extraorais (faciais), como a ocular, oculopalpebrais, a nasal , auricular e facial extensa ⁽¹¹⁾.

A prótese Bucomaxilofacial é uma das especialidades mais desafiadoras dentre todas as especialidades da Odontologia, pois se preocupa com a restauração de partes perdidas da face humana. Devendo-se considerar não apenas os aspectos anatômicos e funcionais, mas também a reprodução protética o mais próximo da naturalidade ^(77,80,81). As causas das perdas faciais pode ser congênicas ou adquiridas. Dentre estas, patológicas ou acidentais. Quando ocorrem essas perdas faciais as

considerações estéticas do indivíduo se modificam completamente e são agravadas a níveis substanciais ⁽⁸²⁾. Neste estudo a prevalência de causas de perdas faciais foi prevalentemente perdas por causas adquiridas 94,7% dos pacientes e dentre estas 61,1% por perda patológica (Gráfico 5.16 e 5.17), sendo na sua maioria perda facial da região ocular (Gráfico 5.18). O que corrobora com outros estudos achados na literatura ^(83,84).

Hábito é um comportamento absorvido que, quando praticado, vira-se inconsciente e passa a ser agregado à personalidade do indivíduo. A sua prática geralmente torna-se agradável e traz satisfação e prazer ao ser humano. Normalmente no seu início é consciente, mas por conta da sua repetição contínua, passa a ser um hábito inconsciente ⁽⁵⁷⁾. Segundo os achados da literatura um dos hábitos bucais deletérios mais prevalentes na população em geral é a onicofagia ⁽⁵⁶⁾. Neste presente estudo os pacientes responderam em 81,6% (Gráfico 5.6) dos entrevistados que não costuma praticar o hábito da onicofagia, esse dado é um resultado positivo, pois se sabe que a onicofagia pode acarretar em diversos problemas orais como a mordida aberta anterior, má-oclusão e dores na articulação temporomandibular, por exemplo ^(56,57,67).

A saúde bucal é de suma importância para a qualidade de vida do ser humano. Mas mesmo assim, uma grande parte da população brasileira não tem acesso a serviços odontológicos. É sabido que fatores biológicos são essenciais para o surgimento de diversas doenças na população, sendo que muitas delas com comportamento endêmico, mas existem outros fatores capazes de condicionar o aparecimento e influenciar no ritmo de expansão dessas doenças. Dentre esses fatores, estão o desenvolvimento econômico, social e educacional do país ^(85,86). Em artigos pesquisados um dos principais fatores que são verdadeiras barreiras quanto ao acesso aos serviços odontológicos são a baixa escolaridade ⁽¹⁴⁾. No presente estudo o nível de escolaridade dentre as pessoas entrevistadas foi discrepante entre os níveis de pós-graduandos e dos que possuíam ensino superior completo em relação a os resultados estáticos entre indivíduos que possuem ensino fundamental completo, incompleto ou nenhuma escolaridade. Pode-se correlacionar com a resposta sobre a orientação sobre higiene oral, onde 56,3% (Gráfico 5.11) nunca receberam alguma orientação. Este pode ser correlacionado com o estudos da que mostram que a saúde bucal é de grande importância como componente direto na

qualidade de vida das pessoas, em contrapartida, grande parcela da população brasileira não tem acesso aos serviços odontológicos ⁽⁶⁸⁾. O presente estudo infere que cerca de 57,1% dos entrevistados nem lembravam da última vez que foram ao cirurgião-dentista. Ainda mais alarmante é que 26,5% (Gráfico 5.10) da população estudada responderam que nunca foram ao dentista ou que não lembravam a última ida ao Cirurgião-dentista (Gráfico 5.9). Mostrando a necessidade de um tratamento odontológico para essa parcela carente de tratamento odontológico e não só da reabilitação facial.

A reabilitação de pacientes com perdas faciais, quer seja de ordem adquirida ou congênita é um desafio ⁽⁸⁷⁾. A PBMF é de extrema importância na reabilitação desses pacientes, seja atuando na perda do esqueleto de suporte, dos tecidos musculares e de revestimentos, promovendo proteção de estruturas remanescentes expostas e a restauração da estética e da função ⁽⁸⁸⁾. Pacientes com perdas faciais geralmente são pacientes que apresentam problemas sociais e psicológicos por se sentirem diferente ^(89,90,91). Em contrapartida a esses achados da literatura os participantes desta pesquisa responderam em 90,9% (Gráfico 5.12) que depois da perda facial passaram a se cuidar melhor e assim sua vontade de escovar os dentes e cuidar da saúde oral aumentou. Este dado é positivo para o traçado do tratamento desses pacientes. Mostrando que eles necessitam se sentir melhor depois da instalação da prótese facial e passam a cuidar mais da sua saúde bucal.

Todos os fatores supracitados sobre os achados desta pesquisa reportam a necessidade de olhar para o paciente mutilado de face, como um paciente com grandes necessidades de tratamento odontológico de forma integrativa. A sugestão é que se ofereça esse atendimento integral durante a reabilitação protética facial, o que traria, com certeza, maior estímulo, autoestima e aceitação da perda pelo paciente acometido.

7. Conclusões

7 CONCLUSÕES

- Os pacientes acometidos com perdas faciais atendidos no Ambulatório de Prótese Bucomaxilofacial da FOUSP apresentaram saúde oral deficiente, porém interessados em melhorá-la.
- Com relação ao perfil dos pacientes estudados apresentaram idade média de 53 anos, gênero masculino, baixa escolaridade, com perda adquirida patológica em maior número, região da face mais acometida foi a ocular, o tempo médio de uso de próteses intraorais foi de 7 anos.
- Quanto a percepção de qualidade de vida foi visto que os pacientes acostumam-se a perda mas tem esperança de melhorar a qualidade de vida após a reabilitação. Quanto a saúde oral os mesmos relataram que após a perda facial passaram a ter mais cuidados escovando os dentes melhor, porém relataram que necessitam de tratamento odontológico.

Referências

REFERENCIAS¹

1. Graziani M. Prótese maxilo-facial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982.
2. Rezende JRV. Fundamentos de prótese bucomaxilofacial. São Paulo: Sarvier; 1997.
3. Carvalho JCM, Dias RB, Mattos BSC, André M, Crivello Jr O. Reabilitação protética craniomaxilofacial. São Paulo: Santos; 2013.
4. Orestes Cardoso SM. O estudo da estética facial, visando à confecção das próteses faciais. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 1990.
5. Francis L. Reabilitação de um paciente com defeito facial e palatal: um relatório de caso. Rev Pesq Clín Diag: JCDR. 2017;11(3):ZD19-ZD20.
6. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 2003 Dec;31 Suppl 1:3-23.
7. Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(4):1015-24.
8. Emami E, de Souza RF, Kabawat M, Feine JS. The impact of edentulism on oral and general health. Int J Dent. 2013;2013:498305.
9. Newton JT, Fiske J, Foote O, Frances C, Loh IM, Radford DR. Preliminary study of the impact of loss of part of the face and its prosthetic restoration. J Prosthet Dent. 1999 Nov;82(5):585-90.
10. Flood TR, Russell K. Reconstruction of nasal defects with implant-retained nasal prostheses. Br J Oral Maxillofac Surg. 1998 Oct;36(5):341-5.

¹ De acordo com Estilo Vancouver.

11. Rezende JRV, Oliveira JAP, Dias RB. Prótese buco maxilo facial: conceitos básicos e práticas de laboratório. São Paulo: Sarvier; 1986.
12. Simões FG, Reis RC, Dias RB. The specialty of bucomaxillofacial prosthesis and its performance in Dentistry. RSBO. 2009;6(3):327-31.
13. Cyrillo PI. Aspectos psicológicos relacionados aos portadores de lesões oculares e a utilização de prótese. In: Fonseca EPD. Prótese ocular. São Paulo: CIP; 1987. p. 181-7.
14. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. Cad Saúde Pública. 2005 nov/dec;21(6):1665-75.
15. Filié Haddad M, Coelho Goiato M, Micheline dos Santos D, Moreno A, Filipe D'almeida N, Alves Pesqueira A. Color stability of maxillofacial silicone with nanoparticle pigment and opacifier submitted to disinfection and artificial aging. J Biomed Opt. 2011 Sep;16(9):095004.
16. Goiato MC, Pesqueira AA, dos Santos DM, Zavanelli AC, Ribeiro PP. Color stability comparison of silicone facial prostheses following disinfection. J Prosthodont. 2009 Apr;18(3):242-4.
17. Brown KE. Fabrication of a nose prosthesis. J Prosthet Dent. 1971 Nov;26(5):543-54.
18. Cardoso, M.S. A importância do tratamento integrado em pacientes com fissura lábio-palatais [dissertação]. Camaragibe: Faculdade de Odontologia de Pernambuco; 1999.
19. Lubkin V. Psychological considerations. In: Stewart WB. Plastic surgery. California: San Francisco; 1984; p.42-4.
20. Neves ACC, Patrocínio MC, Claro CA, Werkman C. Prótese nasal. Rev Odonto. 2006;14(27-28):105-10.
21. Rode R, D'Almeida NF, Neves ACC, Penna LAP, Rode SM. Próteses bucomaxilofaciais. In: Mélega JM. Cirurgia plástica: fundamentos e arte. Cirurgia reparadora de cabeça e pescoço. Rio de Janeiro: Medsi; 2002. Vol. 2, p. 317-24.

22. Kaur A, Pavaiya A, Singh SV, Singh RD, Chand P. A simplified approach to fabrication of an ocular prosthesis: a case series. *Indian J Dent Res.* 2010 Oct-Dec;21:615-7.
23. Nicodemo D, Ferreira LM. Formulário do perfil psicossocial do paciente anoftálmico com indicação de prótese ocular. *Arq Bras Oftalmol.* 2006; 69(4):463-70.
24. Lubkin V. The public face or psychological and legal complexities in plastic ophthalmic surgery. *Br J Ophthalmol.* 1975 Oct;59(10):593-9.
25. Van Doorne JM, van Waas MA, Bergsma J. Facial disfigurement after cancer resection: a problem with an extra dimension. *J Invest Surg.* 1994 Jul-Aug;7(4):321-6.
26. Carvalho CM, Dias RB, Câmara BSM, André M. Reabilitação protética Craniomaxilofacial. São Paulo: Editora Santos; 2010.
27. Crochík JL. Preconceito: indivíduo e cultura. 2a ed. São Paulo: Robe Editorial; 1997.
28. Mondelli J. Estética e cosmética em clínica integrada restauradora. São Paulo: Ed. Santos; 2003.
29. Bakeman E, Kois J. Considerations in esthetic crown lengthening. *J Cosmetic Dent.* 2014 Summer;30(2):54-62.
30. Balasurbramanian K, Mohamed L, Dhatheri B. Reconstruction of pink esthetics: the periodontal way. *Contemp Clin Dent.* 2015 Jan-Mar;6(1): 84-7.
31. Jones A, Martin W. Comparing pink and white esthetic scores to layperson perception in the single-tooth implant patient. *J Oral Maxillofac Implants.* 2014 Nov-Dec;29(6):1348-53.
32. Touyz LZ, Raiviv E, Harel-Raviv M. Cosmetic or esthetic dentistry?. *Quintessence Int.* 1999 Apr;30(4):227-33.
33. Velarde JE, Avila FC. Methods for quality of life assessment. *Salud Pública Méx.* 2002;44(4):349-61.

34. Isang EYL, Liamputtong P, Pierson J. The views of order chinese people in Melbourne about their quality of life. *Ageing Soc.* 2004 Jan;24(1):51-74.
35. Bowling A, Gabriel Z, Dakes J, Dowding LM, Evans O, Fleissig A, et al. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *Int J Aging Hum Dev.* 2003;56(4):269-306.
36. Brunetti-Montenegro FL, Marchini L. *Odontogeriatrics: uma visão gerontológica.* Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
37. Chianca TK, Deus MR, Dourado AS, Leão AT, Vianna RBC. El impacto de la salud bucal en calidad de vida. *Rev Fola/Oral.* 1999;5(16):96-102.
38. Bonan PRF, Borges SP, Haikal DS, Silveira MF, Martelli-Júnior H. Condições bucais e de reabilitação insatisfatórias dissociadas da percepção de qualidade de vida em idosos institucionalizados e não-institucionalizados. *Rev Odonto Ciência.* 2008 Apr;23(2):115-9.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Projeto SBBrazil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
40. Medeiros FDCDD, Araújo-Silva D, Thiago F, Ferreira KA, Oliveira-Moura JM, Cavalcanti Lima IP, et al. Uso de prótese dentária e sua relação com lesões bucais. *Rev Salud Pública.* 2015;17(4):603-13.
41. Dinelli W, Corona SAM, Dinelli TC, Garcia PPNS. Desenvolvimento, aplicação e avaliação de um programa de orientação sobre higiene bucal junto a pré-escolares. *Stoma.* 2000;13(57):27-30.
42. Brook U, Heim M, Alkalai Y. Attitude, knowledge and habits of high school pupils in Israel regarding oral health. *Patient Educ Couns.* 1996 Mar;27(2):171-5.
43. D'Almeida HB, Kagami N, Maki Y, Takaesu Y. Self-reported oral hygiene habits, health knowledge, and sources of oral health information in a group of Japanese junior high school students. *Bull Tokyo Dent Coll.* 1997 May;38(2):123-31.
44. Sobral MAP, Luz MAAC, Teixeira AG, Garone Netto N. Influência da dieta líquida ácida no desenvolvimento de erosão dental. *Pesqui Odontol Bras.* 2000 out/dez;14(4):404-10.

45. Chen MS, Hunter P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. *Soc Sci Med.* 1996 Oct;43(8):1213-22.
46. Petersen PE, Ogawa H. Strengthening the prevention of periodontal disease: the WHO approach. *J Periodontol.* 2005 Dec;76(12):2187-93.
47. Almeida RF, Pinho MM, Lima C, Faria I, Santos P, Bordalo C. Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. *Rev Port Clin Geral.* 2006;22(3):379-90.
48. Fonseca JS, Martins GA. *Curso de Estatística.* 6a ed. São Paulo: Atlas; 1996.
49. Spiegel MR. *Estatística.* 3a ed. São Paulo: Makron Books; 1993.
50. Vieira S. *Bio estatística tópicos avançados.* 2a ed. Rio de Janeiro: Campus; 2004.
51. Cunningham SJ. The psychology of facial appearance. *Dent Update.* 1999;26 (10):438-43.
52. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional do Idoso: Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2010 [citado 23 abr, 2019]. Disponível em:
https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/politica_idoso.pdf.
53. Fiaminghi DL, Dummel J, Padilha DMP, Moro RGD. Odontogeriatric: a importância da autoestima na qualidade de vida do idoso. *Rev Clín Pesq Odontol.* 2004 out/dez;1(2):37-40.
54. Araújo Filho R, Cardoso M, Cardoso A, Pereira J, Souza E, Macedo C. Fatores etiológicos das mutilações Buco- Maxilo- Faciais em pacientes atendidos no serviço de prótese buco maxilofacial da FOP/UPE. *Odontologia Clin Cientif.* 2006 jan;5:203-6.
55. Côas VR, Neves ACC, Rode SM. Evaluation of the etiology of ocular globe atrophy or loss. *Braz Dent J.* 2005 Sep/Dec;16(3):243-6.

56. Pulido EG, Gonzalez JS, Sarduy RR. Necesidad de protesis buco-maxilofacial en el municipio Matanzas en el año 1999. Rev Cubana Estomatol [online]. 2004 ene-abr;41(1).
57. Hosni E, Lemes C. Estudo retrospectivo sobre a utilização da oftalmo-prótese individualizada na perda ou atrofia do globo ocular. PCL. 2003 jan;5:322-30.
58. Grippo JO, Simring M, Schreiner S. Attrition, abrasion, corrosion and abfraction revisited: a new perspective on tooth surface lesions. J Am Dent Assoc. 2004 Aug;135(8):1109-18; quiz 63-5.
59. Calsina G, Ramón JM, Echeverria JJ. Effects of smoking on periodontal tissues. J Clin Periodontol. 2002 Aug;29(8):771-6.
60. Løe H, Brown JL. Early onset periodontitis in the United States of America. J Periodontol. 1991 Oct;62(10):608-16.
61. Lang NP, Adler R, Joss A, Nyman S. Absence of bleeding on probing. An indicator of periodontal stability. J Clin Periodontol. 1990 Nov;17(10):714-21.
62. Sharma NC, Galustians J. Efeitos clínicos sobre a placa dental e a gengivite obtidos com o uso de quatro escovas dentais manuais de desenho complexo por período de três meses. J Clin Dent. 1994;5:114-8.
63. Greenstein G. Contemporary interpretation of probing depth assessments; diagnostic and therapeutic implications. A literature review. J Periodontol. 1997 Dec;68(12):1194-205.
64. Haffajee AD, Socransky SS. Attachment level changes in destructive periodontal diseases. J Clin Periodontol. 1986 May;13(5):461-72.
65. Costa FO. Doença periodontal de início precoce em crianças, adolescentes e adultos jovens: um estudo longitudinal da incidência, severidade e extensão [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia; 2000.
66. Lindhe JAN. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.

67. Merighi LBM, Silva MMA, Ferreira AT, Genaro KF, Berretin-Felix G. Ocorrência de disfunção temporomandibular (DTM) e sua relação com hábitos orais deletérios em crianças do município de Monte Negro - RO. *Rev Cefac*. 2007;9(4):497-503.
68. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):709-17.
69. Gilbert L. Social factors and self-assessed oral health in South Africa. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1994 Feb;22(1):47-51.
70. Benyamini Y, Leventhal H, Leventahal EA. Self rated oral health as an independent predictor of self rated general health, self esteem and life satisfaction. *Soc Sci Med*. 2004 Sep;59(5):1109-16.
71. Matthias RE, Atchison KA, Lubben JE, De Jong F, Schweitzer SO. Factors affecting self-ratings of oral health. *J Public Health Dent*. 1995 Fall;55(4):197-204.
72. Reisine ST, Bailit HL. Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. *Soc Sci Med Med Psychol Med Sociol*. 1980 Dec;14A(6):597-605.
73. Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Pública*. 2001 Aug;35(4):349-55.
74. Coelho CM, Zucoloto S, Lopes RA. Denture-induced fibrous inflammatory hyperplasia: a retrospective study in a school of dentistry. *Int J Prosthodont*. 2000 Mar-Apr;13(2):148-51.
75. Melo NMC, Sampaio MCC, Soares MSM, Oliveira NMC, Cavalcanti MSL. Estomatites protéticas: correlação clínico-micológica. *Rev Fac Odontol Univ Fed Bahia*. 1999;18(1):11-5.
76. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.

77. Flanary C. The psychology of appearance and the psychological impact of surgical alteration of the face. In: Bell WH. Modern practice in orthognathic and reconstructive surgery. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992. p. 2-21.
78. Amaro TAC, Belfort R, Erwenne CM. Estudo psicológico de pacientes enucleados por trauma ou tumor ocular em uso de prótese. Acta Oncol Bras. 2000 out-dez;20(4):138-42.
79. Leavell HR, Clark EG. Medicina preventiva. São Paulo: Mc Graw-Hill do Brasil; 1978.
80. Roberts AC. Facial prostheses. London: Henry Kimpton Publishers; 1971.
81. Thomas K. Prosthetics rehabilitation. London: Quintessence Publishing; 1994.
82. Crespo Y, Capín E, Alvarez A. Procederes básicos de laboratorio en prótesis bucomaxilofacial 2a ed. La Habana: CIMEQ; 2008.
83. Santos M, Almeida T, Silva R. Traumas faciais: perfil epidemiológico com ênfase nas características sociais e demográficas e características da lesão, Salvador, BA, 2008. Rev Baiana Saúde Pública. 2013 out/dez;37(4):1003-14.
84. Araújo Filho R, Cardoso M, Cardoso A, Pereira J, Souza E, Macedo C. Fatores etiológicos das mutilações Buco- Maxilo- Faciais em pacientes atendidos no serviço de prótese buco maxilofacial da FOP/UPE. Odontologia Clin Cientif. 2006 jan;5:203-6.
85. D'Almeida HB, Kagami N, Maki Y, Takaesu Y. Self-reported oral hygiene habits, health knowledge, and sources of oral health information in a group of japanese junior high school students. Bull Tokyo Dent Coll. 1997 May;38(2):123-31.
86. Chen MS, Hunter P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. Soc Sci Med. 1996 Oct;43(8):1213-22.
87. Sousa RAD. O uso da osseointegração na reabilita. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2008 abr/jun;8(2):9-14.

88. Cardoso MS, Araújo PG, Cardoso AJ, Cardoso SM, Moraes LC. Implicações psicossociais em pacientes com perda do globo ocular. Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-Fac. 2007 jan/mar;7(1):79-84.
89. Cabral LG, Martelli Júnior H, Leite DM, Sabatini Júnior D, Freitas AB, Miranda RT, et al. Perfil biopsicossocial de portadores de anoftalmia no sul de Minas Gerais - Brasil. Arq Bras Oftalmol. 2008;71(6):855-9.
90. Silveira M, Silveira ME. Psicologia e reabilitação: a importância da reabilitação facial para o paciente e sua subjetividade. Psicópio: Rev Virtual Psicol Hosp Saúde. 2005;1(2):13-7.
91. Botelho NL, Volpini M, Moura EM. Aspectos psicológicos em usuários de prótese ocular. Arq Bras Oftalmol. 2003 set/out;66(5):637-46.

Πορνευσις

ANEXO A - Parecer do CEP/FOUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Avaliação da Higiene Oral de Pacientes com Perdas Faciais atendidos no Ambulatório de Prótese Bucomaxilofacial da FOUSP

Pesquisador: Neide Pena Coto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 87486118.8.0000.0075

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Capes Coordenação Aperf Pessoal Nível Superior

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.635.584

Apresentação do Projeto:

De acordo com os autores "O paciente mutilado de face, por passar por um período de negação e baixa auto estima, negligencia sua saúde e cuidados orais acarretando problemas sérios de saúde oral no decorrer de seu tratamento reabilitador protético facial".

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a higiene oral de pacientes com perdas faciais atendidos no Ambulatório de Prótese Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os autores o risco envolvido na pesquisa é mínimo, pois os pacientes serão entrevistados e analisados por meio de exame clínico intra oral e os benefícios são decorrentes do encaminhamento dos mesmos para o devido tratamento quando identificada a necessidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem delineada e com potencial de colaborar com a área de conhecimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

apresentados: Folha de rosto, Projeto, informações básicas do projeto, TCLE,

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final, utilizando-se da opção "Enviar

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

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.635.584

Notificação" (descrita no Manual "Submeter Notificação", disponível na Central de Suporte - canto superior direito do site www.saude.gov.br/plataformabrasil).

Qualquer alteração no projeto original deve ser apresentada "emenda" a este CEP, de forma objetiva e com justificativas para nova apreciação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1084162.pdf	04/04/2018 18:30:46		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	04/04/2018 18:30:26	Neide Pena Coto	Aceito
Outros	questionario.pdf	09/03/2018 18:40:57	Neide Pena Coto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	09/03/2018 18:40:37	Neide Pena Coto	Aceito
Folha de Rosto	rosto.pdf	09/03/2018 18:40:23	Neide Pena Coto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 04 de Maio de 2018

Assinado 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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(maiores de 18 anos)

ESTUDO: Avaliação da Higiene oral em Paciente com perdas faciais atendidos no Ambulatório de Prótese Bucomaxilofacial da FOUSP.

Você está sendo convidada(o) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Caso deseje participar, após receber essas informações, será solicitado que você assine este documento. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós.

Eu, _____ portador(a)
da Cédula de Identidade, RG _____, inscrito(a) no
CPF _____, sexo _____, nascido(a) em
_____/_____/_____, residente e domiciliado na

_____, cujo telefone para contato é
_____, estou ciente que:

- I. A equipe está convidando pacientes com idades de 18 anos ou acima, homens e mulheres que possuam perdas faciais que frequentam o Ambulatório de Prótese Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da USP- SÃO PAULO.
- II. Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização.
- III. A pesquisa é de livre e espontânea vontade do voluntário, entretanto não será doado transporte e alimentação.

- IV. Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem penalização alguma;
- V. A participação nesse estudo é voluntária e gratuita, sendo assim não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.
- VI. Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VII. Os dados da pesquisa poderão ser armazenados e disponibilizados para diversos pesquisadores em bancos públicos de dados internacionais ou nacionais para uso geral em pesquisas associadas ao tema. Sendo assim, essas informações poderão ser usadas indefinidamente e reinterpretadas ao longo do tempo com o objetivo de aumentar o conhecimento científico.
- VIII. Caso eu desejar, ao final desta pesquisa, poderei tomar conhecimento dos resultados, se houver, que estejam relacionados com a ocorrência de complicações orais:
 - () Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
 - () Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- IX. Caso tenham sido tiradas fotografias:
 - () concordo que sejam incluídas em publicações científicas, se necessário.
 - () concordo que sejam apresentadas em aulas para profissionais da saúde.
 - () não concordo que sejam incluídas em nenhum tipo de publicação ou apresentação.
- X. O material colhido será armazenado sob a responsabilidade do Departamento de Prótese Bucomaxilofacial da FOU SP, São Paulo, sob a guarda da pesquisadora Rebeka Maria de Oliveira Melo , pelo tempo necessário para a conclusão da pesquisa.
- XI. Terei direito a receber uma cópia datada e assinada deste documento, onde consta o endereço e telefone do pesquisador principal e do Comitê de Ética e Pesquisa, sendo assim possível tirar minhas dúvidas sobre o projeto e sobre minha participação agora ou a qualquer momento.

Assim, declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar do presente Projeto de Pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante

Pesquisador Responsável pelo Projeto:

Endereço: Ambulatório de Prótese Bucomaxilofacial da FOU SP-SP.

Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 2227 - Cidade Universitária - Butantã, São Paulo - SP, 05508-000

Telefone para contato: (11) 3091-7418

Orientador/Supervisor: Professor Doutor Reinaldo Brito e Dias

E-mail: rbdias@usp.br

COMITE DE ÉTICA E PESQUISA EM SERES HUMANOS CEP- FOU SP:

Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 2227 – 05508-000 – São Paulo – SP

Telefone: (11) 3091.7960

E-mail: cepfo@usp.br

ANEXO C - Questionário

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

AMBULATÓRIO DE PRÓTESE BUCOMAXILOFACIAL

ANAMNESE

DATA: __/__/20

Nome: _____

Idade: _____ Telefone/Celular : _____

E-mail: _____

1. Escolaridade:

- ☐ nenhuma
- ☐ ensino fundamental incompleto
- ☐ ensino fundamental completo
- ☐ ensino médio completo
- ☐ ensino médio incompleto
- ☐ ensino superior completo
- ☐ pós graduação

2. É fumante : Sim () não ()

3. Faz uso de bebidas alcoólicas : () Sim () Não

3.1 Se a resposta for sim, qual a frequência do consumo de bebida
alcoólicas

1 ou 2x/ mês () 1x/semana () 2x ou mais/semana ()

4. Consome alimentos ou bebidas ácidas ? (sucos, refrigerantes, frutas cítricas...) ? () Sim () Não

4.1 Se a resposta for sim, qual a frequência do consumo de bebida alcoólica :

Diariamente () 1x/semana () 4x/semana ()

5. Tem hábito de roer objetos e/ou unhas: Sim () Não ()

6. Quantas vezes escova os dentes ao dia: 1 vez () 2 vezes () 3 vezes () 4 vezes ()

7. Faz o uso do fio dental: Sim () Não ()

1.1 Se a resposta for sim, qual a frequência de área de uso do fio dental?

1 vez () 2 vezes () 3 vezes ou mais ()

2. Sua gengiva sangra durante a escovação: Sim () Não ()

3. Qual a última vez ao Cirurgião-dentista:

Até 6 meses () Até 1 ano () De 1 a 2 anos () Mais de 2 anos ()
Não lembra () Nunca foi ao Cirurgião-dentista ()

4. Qual a frequência que vai ao Cirurgião-dentista:

2 vezes ou mais ao ano () 1 vez ao ano () Em dois em dois anos ()
Não lembra () Nunca foi ao Cirurgião-dentista ()

5. Sente dor de dente no presente momento? Sim () Não ()

6. Já recebeu orientação sobre higienização bucal ? Sim () Não ()

7. Você acha que a sua perda facial influenciou na sua vontade de escovar os dentes?

Influenciou () Não influenciou ()

- 14.1 Se a resposta foi “influenciou”, responda:
 () Aumentou a vontade de me cuidar e assim a vontade de escovar os dentes também aumentou.
 () Diminuiu a vontade de me cuidar e assim a vontade de escovar os dentes também diminuiu.
8. Você acha que você precisa de tratamento dental?
 Sim () Não ()
9. Você atualmente se sente confortável com sua perda?
 Sim () Não ()
10. Você acha que depois da instalação da sua prótese facial a sua vida irá mudar?
 Sim () Não ()
 Se a resposta foi sim, responda:
 () Espero me sentir melhor
 () não sei dizer se vai melhorar

EXAME CLÍNICO

1. **Ausência de Elementos Dentários** :Sim () Não ()
 Quantos _____
2. **Dentes cariados:** Sim () Não ()
 Quantos:_____
3. **Dentes restaurados:** Sim () Não ()
 1 dente() 2 a 4 dentes () mais de 5 dentes ()
4. **Uso de prótese ?** Sim () Não ()
 Tipo de Prótese:
 Prótese parcial removível ()
 Superior () Inferior ()
- Prótese fixa ()
 Superior () Inferior ()
 Prótese total ()
 Superior () Inferior ()
 Prótese auricular ()
 Esquerda () Direita ()
 Prótese Ocular ()
 Esquerda () Direita ()
 Prótese óculo-palpebral ()

ANEXO D - Considerações Estatísticas

Nesta análise estatística foram utilizados os softwares: SPSS V20, Minitab 16 e Excel Office 2010. Foi considerado o valor p-valor: $p \leq 0,05$ (5%) como estatisticamente significativo e exposto em vermelho. Foi utilizado testes estatísticos paramétricos, através do teste de Kolmogorov-Smirnov (KS) concluindo-se que existe distribuição de normalidade.⁽⁴⁸⁻⁵⁰⁾

Tabela 1: Distribuição de “Sexo” (Anamnese)

Sexo	N	%	P-valor
Feminino	17	34,7%	0,002
Masculino	32	65,3%	
Total	49		

Tabela 2: Distribuição de “Escolaridade” (Anamnese)

Escolaridade	N	%	P-valor
Nenhuma	9	18,4%	0,067
Ensi. Fund. Inc	7	14,3%	0,019
Ensi. Fund. Com	17	34,7%	Ref.
Ens. Méd. Incomp	1	2,0%	<0,001
Ens. Méd. Com	12	24,5%	0,269
Ens. Sup. Comp	2	4,1%	<0,001
Pós-graduação	1	2,0%	<0,001
Total	49		

Tabela 3: Distribuição de “Pergunta 3.1. Frequência do uso de bebidas alcoólicas” (Anamnese)

Pergunta 3.1	N	%	P-valor
1x ou 2 ao mês	5	62,5%	0,317
1x por semana	3	37,5%	
Total	8		

Tabela 4: Distribuição de “Pergunta 4.1. Consumo de alimentos ou bebidas ácidas” (Anamnese)

Pergunta 4.1	N	%	P-valor
1x por semana	16	53,3%	Ref.
4x por semana	3	10,0%	<0,001
diariamente	11	36,7%	0,194
Total	30		

Tabela 5: Distribuição de “Pergunta 6. Frequência de escovação dentária” (Anamnese)

Pergunta 6	N	%	P-valor
1 vez	3	6,1%	<0,001
2 vezes	21	42,9%	Ref.
3 vezes	20	40,8%	0,838
4 vezes	2	4,1%	<0,001
Nenhuma	3	6,1%	<0,001
Total	49		

Tabela 6: Distribuição de “Pergunta 7.1. Frequência o uso do fio dental” (Anamnese)

Pergunta 7.1	N	%	P-valor
1x ao dia	4	40,0%	Ref.
2x ao dia	4	40,0%	Ref.
3x ou mais	2	20,0%	0,329
Total	10		

Tabela 7: Distribuição de “Pergunta 9. Última vez ao Cirurgião-dentista” (Anamnese)

Pergunta 9	N	%	P-valor
até 6 meses	8	16,3%	0,218
até 1 ano	7	14,3%	0,133
de 1 a 2 anos	8	16,3%	0,218
mais de 2 anos	9	18,4%	0,333
Não lembra	13	26,5%	Ref.
nunca fui	4	8,2%	0,016
Total	49		

Tabela 8: Distribuição de “Pergunta 10. Frequência que vai ao Cirurgião-dentista” (Anamnese)

Pergunta 10	N	%	P-valor
1 vez ao ano	13	26,5%	0,002
2 em 2 anos	5	10,2%	<0,001
2x ou + ao ano	1	2,0%	<0,001
Não lembra	28	57,1%	Ref.
nunca fui	2	4,1%	<0,001
Total	49		

Tabela 9: Distribuição de “Pergunta 14. Se sente confortável com sua perda” (Anamnese)

Pergunta 14	N	%	P-valor
Influenciou	11	22,4%	<0,001
Não influenciou	38	77,6%	
Total	49		

Tabela 10: Distribuição de “Pergunta 15. Depois da instalação da sua prótese facial a sua vida irá mudar” (Anamnese)

Pergunta 14.1	N	%	P-valor
Aumentou a vontade de se cuidar e assim a vontade de escovar os dentes também aumentou	10	90,9%	<0,001
Diminuiu a vontade de me cuidar e assim a vontade de escovar os dentes também diminuiu	1	9,1%	
Total	11		

Tabela 11: Distribuição de “Pergunta 16. Você atualmente se sente confortável com sua perda” (Anamnese)

Pergunta 16	N	%	P-valor
Me acostumei	3	8,6%	<0,001
Me sinto bem com a perda	1	2,9%	<0,001
Me sinto mal com a perda	1	2,9%	<0,001
Não me sinto bem	8	22,9%	<0,001
Sim	22	62,9%	Ref.
Total	35		

Tabela 14: Distribuição de “Pergunta 17. Você acha que depois da instalação da sua prótese facial a sua vida irá mudar” (Anamnese)

Pergunta 17	N	%	P-valor
Me sentirei melhor	48	98,0%	<0,001
Não sei dizer se vai melhorar	1	2,0%	
Total	49		

Tabela 15: Distribuição das Perguntas Tipo Sim/Não (Anamnese)

	Não		Sim		P-valor
	N	%	N	%	
Pergunta 2	42	85,7%	7	14,3%	<0,001
Pergunta 3	40	81,6%	9	18,4%	<0,001
Pergunta 4	19	38,8%	30	61,2%	0,026
Pergunta 5	40	81,6%	9	18,4%	<0,001
Pergunta 7	34	69,4%	15	30,6%	<0,001
Pergunta 8	39	79,6%	10	20,4%	<0,001
Pergunta 11	42	85,7%	7	14,3%	<0,001
Pergunta 12	46	93,9%	3	6,1%	<0,001
Pergunta 13	27	56,3%	21	43,8%	0,221
Pergunta 15	5	10,2%	44	89,8%	<0,001
Pergunta 17.1	0	0%	48	100%	<0,001

Tabela 16: Descritiva Completa para Idade (Exame Clínico)

Descritiva	Pergunta 1.1	Pergunta 2.1
Média	19,1	4,1
Mediana	20,5	3
Desvio Padrão	10,8	3,0
CV	56%	74%
Q1	9,8	2
Q3	27,3	6
Min	1	1
Max	32	14
N	36	21
IC	3,5	1,3

Tabela 17: Distribuição de “Pergunta 4.1” (Exame Clínico)

Pergunta 4.1	N	%	P-valor
1 dente	2	10,0%	0,002
2 a 4 dentes	11	55,0%	Ref.
> 5 dentes	7	35,0%	0,204
Total	20		

Tabela 18: Distribuição de “Pergunta 6.1. Tipo de prótese intraoral” (Exame Clínico)

Pergunta 6.1	N	%	P-valor
PF SUP	1	4,3%	0,040
PPR INF	1	4,3%	0,040
PPR INF E PT SUP	4	17,4%	0,475
PPR SUP	3	13,0%	0,265
PPR SUP e INF	5	21,7%	0,730
PPR SUP E PT INF	1	4,3%	0,040
PT SUP	2	8,7%	0,120
PT SUPE E INF	6	26,1%	Ref.
Total	23		

Tabela 19: Distribuição de “Pergunta 6.2. Pacientes que já usam próteses faciais no atendimento ” (Exame Clínico)

Pergunta 6.2	N	%	P-valor
PO direita	17	70,8%	0,004
PO esquerda	7	29,2%	
Total	24		

Tabela 20: Distribuição de “Pergunta 8.1. Tipo da perda facial” (Exame Clínico)

Pergunta 8.1	N	%	P-valor
Adquirida	36	94,7%	<0,001
Congênita	2	5,3%	
Total	38		

Tabela 21: Distribuição de “Pergunta 8.2. Tipo da perda facial adquirida” (Exame Clínico)

Pergunta 8.2	N	%	P-valor
Acidental	14	38,9%	0,059
Patológica	22	61,1%	
Total	36		

Tabela 22: Distribuição das Perguntas Tipo Sim/Não (Exame Clínico)

	Não		Sim		P-valor
	N	%	N	%	
Pergunta 1	3	7,7%	36	92,3%	<0,001
Pergunta 2	16	42,1%	22	57,9%	0,169
Pergunta 3	24	63,2%	14	36,8%	0,022
Pergunta 4	35	92,1%	3	7,9%	<0,001
Pergunta 8	36	94,7%	2	5,3%	<0,001