**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

MÔNICA MORAES WALDEMARIN LOPES

**Impacto na qualidade de vida de indivíduos com fissura
labiopalatina reabilitados com próteses dentárias**

**BAURU
2014**

MÔNICA MORAES WALDEMARIN LOPES

**Impacto na qualidade de vida de indivíduos com fissura
labiopalatina reabilitados com próteses dentárias**

Tese apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências da Reabilitação.

Área de Concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia Pompéia Fraga de Almeida

**BAURU
2014**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

Rua Sílvio Marchione, 3-20
Caixa Postal 1501
17012-900 – Bauru – SP Brasil
Telefone 14 3235-8000

Prof. Dr. Marco Antônio Zago – Reitor da USP

Profa. Dra. Regina Célia Bortoletto Amantini – Superintendente HRAC-USP

Autorizo, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos a reprodução total ou parcial desta tese.

Mônica Moraes Waldemarin Lopes

Bauru, ____ de _____ de ____.

Lopes, Mônica Moraes Waldemarin

L881i Impacto na qualidade de vida de indivíduos com fissura labiopalatina reabilitados com próteses dentárias / Mônica Moraes Waldemarin Lopes. Bauru, 2014.
114p.: il.; 30cm.

Tese (Doutorado – Área de concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas) – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia Pompéia Fraga de Almeida

1. Prótese dentária. 2. Qualidade de vida. 3. Fissura labiopalatina.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Mônica Moraes Waldemarin Lopes

Tese apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Reabilitação.
Área de concentração: Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Profa. Dra. Daniela Gamba Garib Carreira

Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC-USP

Data de depósito da Tese junto à SPG: ____/____/____

MÔNICA MORAES WALDEMARIN LOPES

23 de junho de 1978	Nascimento
Filiação	José Waldemarin Elizabeth Moraes Waldemarin
1996-1999	Curso de Graduação em Odontologia pela Universidade Metodista de Piracicaba em Lins – SP
2000-2002	Curso de Especialização em Prótese Dentária pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais USP-SP
2002-2003	Curso de Aperfeiçoamento em Prótese de Palato pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais USP-SP
2004-2006	Curso de Mestrado em Fissuras em Orofaciais e Anomalias Associadas pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais USP-SP
2006 até o presente	Cirurgiã-dentista do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais USP-SP
Associações	Conselho Regional de Odontologia – Seção de São Paulo

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo com toda sinceridade e profunda gratidão à minha família,
especialmente ao meu marido, **José Fernando Scarelli Lopes** pelo nosso amor e
companhia sempre;

ao meu filho, **Leandro** cujo sorriso me enche de entusiasmo diariamente;

aos meus pais, **José Waldemarin** e **Elizabeth** e à minha irmã **Mirela** que me incentivam e
me apoiaram sempre e que trazem a segurança que o amor proporciona;

aos meus cunhados **Ana Lúcia** e **James**, pela alegria de serem meus verdadeiros irmãos.

*“São as pessoas mais importantes da minha vida, meu presente,
meu antes e meu depois, pessoas pelas quais minhas forças se
multiplicam, minha coragem se fortalece e eu encontro meu
verdadeiro propósito de vida.”*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Prof. Dra. Ana Lucia Pompéia Fraga de Almeida

Exemplo de determinismo, competência e dedicação.

Sinto-me honrada por ter sido orientada por você na execução deste trabalho.

Agradeço a seu dom em ensinar com prazer e manifesto minha real gratidão.

*“Agradeço a **Deus Pai**, pela companhia durante meus passos, agradeço
pela alegria e pelo entusiasmo de viver.*

*Agora entendo que os obstáculos fortalecem, que as tristezas
engrandecem, que as vitórias e as derrotas fazem parte da nossa
história e... que tudo é regido pela Sua Vontade.”*

Obrigada, Senhor

AGRADECIMENTOS

- Ao Prof. Dr. João Henrique Nogueira Pinto**
(Diretor administrativo HRAC-USP) Pela minha formação como especialista em Prótese Dentária e pelo exemplo de humanismo.
- À Prof. Dra. Regina Célia Bortoleto Amantini**
(Superintendente do HRAC-USP) Agradeço por pertencer ao corpo clínico deste Hospital.
- Profa. Dra. Terumi Okada Ozawa**
(Diretora do Centro Odontológico do HRAC-USP) Pelo exemplo de dedicação imensurável.
- Ao Prof. Dr. José Alberto de S. Freitas** Manifesto meu apreço pelo determinismo e perseverança.
- Profa. Dra. Maria Inês Pegoraro-Krook e Profa. Dra. Jennifer Dutka**
(Docentes de Fonoaudiologia da FOB-USP e do HRAC-USP) Aprendo todos os dias com vossa dedicação à ciência e vosso exemplo de amor ao próximo. Agradeço pelo aprendizado contínuo e pelos desafios diários que não me permitem perder o entusiasmo pela clínica e pela ciência.
- Aos amigos do setor de Prótese de Palato** Josiane Alves, Homero Aferri, Melina Whitaker, Olivia Mesquita, Maria Daniela.
- Aos amigos do setor de Prótese** Adriana Ricieri, Ivone Macedo, Maria Emília Dallaqua, Maurício Silva e Roseli Pinto, e a todos os cirurgiões dentistas alunos do curso de especialização em Prótese Dentária do HRAC-USP.
- À Profa. Dra. Daniela G. Garib Carrera**
(Presidente da Pós-Graduação do HRAC-USP) Agradeço pelo exemplo de amor à ciência.
- Aos pacientes e funcionários do HRAC** Pela colaboração e troca mútua de experiência, por permitir uma convivência diária afetuosa e familiar.
- Aos cirurgiões-dentistas, professores, doutores da USP que compartilham comigo seus conhecimentos** Regina Magrini Guedes de Azevedo, Rafael D'Aquino Tavano, Gisele Dalbem e Flavio Monteiro Amado.
- À Unidade de Ensino e Pesquisa do HRAC à Secretaria de Pós-Graduação à Flavia Cintra e Ana Amélia** Agradeço pelo suporte técnico e disponibilidade na assessoria estatística e bibliográfica.

RESUMO

Lopes MMW. Impacto na qualidade de vida de indivíduos com fissura labiopalatina reabilitados com próteses dentárias [tese]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2014.

A reabilitação protética do paciente com fissura labiopalatina finaliza o tratamento reabilitador interdisciplinar. O sucesso da reabilitação protética é resultado da saúde periodontal dos dentes pilares, e do grau de satisfação do paciente quanto à estética, função e conforto. O objetivo desse estudo foi avaliar o impacto da reabilitação com prótese dentária na qualidade de vida de indivíduos com fissura labiopalatina. A amostra foi composta por 67 indivíduos, reabilitados com próteses dentárias no arco superior, com idade média de 36 anos ($\pm 13,21$) de ambos os gêneros. Os parâmetros clínicos mensurados neste estudo foram: tipo de prótese instalada, tipo de fissura, índice de placa, características de sucesso e insucesso do tratamento protético e o impacto da condição oral na qualidade de vida, utilizando questionário OHIP-14. A caracterização da amostra foi 52% masculina, 63% da região sudeste, 75% de indivíduos com fissura transforame, 54% das reabilitações orais foram com próteses parciais removíveis. O valor médio do OHIP-14 foi de $3,15 \pm 3,96$, numa escala que pode variar de zero a 56 sendo que os menores valores indicam baixa influência na qualidade de vida dos pacientes. Os resultados foram analisados por meio de análise descritiva e de testes estatísticos não paramétricos (Mann-Whitney Kruskal-Wallis, Spearman) com nível de significância de 5%. Não foram encontradas diferenças estatísticas significantes entre os grupos OHIP-14 e tipo de fissura ($p=0,573$), OHIP-14 e gênero ($p=0,514$), OHIP-14 e condição socioeconômica ($p=0,716$); também não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre índice de placa bacteriana e o tipo fissura ($p=0,574$), e entre o índice de placa e o grupo próteses refeitas ($p=0,564$). O grupo PPR quanto comparado com o PPF teve maior índice de placa ($p=0,018$) e maiores valores do OHIP-14 ($p=0,020$); e quanto maior a idade maior o OHIP-14 ($p=0,00735$). Baseado nos resultados deste estudo pode-se concluir que a reabilitação com prótese dentária não teve impacto negativo nos pacientes com fissura labiopalatina.

Palavras-chave: Prótese dentária. Qualidade de vida. Fissura palatina.

ABSTRACT

Lopes MMW. Impact on the quality of life of individuals with cleft lip and palate rehabilitated with dental prostheses [thesis]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2014.

Prosthetic rehabilitation of individuals with cleft lip and palate finalizes the interdisciplinary rehabilitative treatment. The success of prosthetic rehabilitation is the result of the periodontal health of abutment teeth and patient satisfaction with esthetics, function and comfort. This study evaluated the impact of rehabilitation with dental prosthesis on the oral health of individuals with cleft lip and palate. The sample was composed of 67 individuals rehabilitated with dental prosthesis in the maxillary arch, with mean age 36 years (± 13.21), of both genders. The clinical parameters analyzed in this study were: type of denture placed, type of cleft, plaque index, characteristics of success and failure of prosthetic treatment and the impact of oral condition on the quality of life, using the questionnaire OHIP-14. The sample was composed of 52% of males, 63% from the Southeast region, 75% of individuals with complete cleft palate and palate, and 54% of rehabilitations comprised removable partial dentures. The mean value OHIP-14 was 3.15 ± 3.96 , in a scale ranging from zero to 56, in which smaller values indicate low influence on the quality of life of patients. The results were analyzed by descriptive statistics and nonparametric statistic tests (Mann-Whitney Kruskal-Wallis, Spearman) at a significance level of 5%. No statistically significant differences were found between groups OHIP-14 and type of cleft ($p=0.573$), OHIP-14 and gender ($p=0.514$), OHIP-14 and socioeconomic condition ($p=0.716$); also, no statistically significant differences were found between plaque index and type of cleft ($p=0.574$) and plaque index and durability of dentures ($p=0.564$). Significant difference was found between plaque index and type of denture ($p=0.018$); HIP14 and type of denture ($p=0.020$); OHIP-14 and age ($p=0.00735$). It was concluded that patients reported little influence from their condition on the quality of life.

Keywords: Dental prosthesis. Quality of life. Cleft lip and palate.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Imagem de paciente reabilitado com prótese parcial removível de recobrimento. A e B) vista frontal e oclusal sem a prótese; C e D) vista frontal e oclusal com a prótese; E) vista frontal da prótese; F) vista inferior da prótese; G) vista superior da prótese	60
Figura 2 -	Imagem de paciente reabilitado com prótese parcial removível de recobrimento e com reestabelecimento da dimensão vertical de oclusão. A e B) vista frontal e oclusal sem a prótese; C e D) vista frontal e oclusal com a prótese; E) vista frontal da prótese; F) vista inferior da prótese; G) vista superior da prótese.....	61
Figura 3 -	Reabilitação com prótese fixa com dez elementos em cerâmica. A e B) vista frontal e oclusal antes da reabilitação; C e D) vista frontal e oclusal após a reabilitação com prótese fixa...	62
Figura 4 -	Reabilitação com prótese fixa com seis elementos em cerâmica. A e B) vista frontal e oclusal antes da reabilitação; C e D) vista frontal e oclusal após a reabilitação com prótese fixa...	62
Figura 5 -	Avaliação do índice de placa na face vestibular. A) região disto cervical; B) região media; C) região mésio cervical	63
Figura 6 -	A e B) fratura de PPF; C) PPR com fratura de 3 grampos de retenção e do acrílico na região anterior	64
Figura 7 -	Imagem ilustrativa de processo carioso nos pilares da PPR.....	65

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da frequência dos tipos de próteses e classificação das fissuras	70
Gráfico 2 - Distribuição da frequência dos pacientes por região do Brasil	70
Gráfico 3 - Distribuição numérica e porcentual da classificação socioeconômica do grupo amostral.....	71
Gráfico 4 - Distribuição numérica e porcentual das causas de repetições de próteses	73
Gráfico 5 - Correlação entre o OHIP-14 e idade pelo teste de Spearman	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição numérica e porcentual do grupo amostral	69
Tabela 2 -	Idade, índice de Placa e OHIP-14 da amostra total em média e desvio-padrão (DP)	70
Tabela 3 -	Distribuição numérica e porcentual do tempo de uso das próteses	71
Tabela 4 -	Distribuição numérica e porcentual das causas de repetições de próteses	72
Tabela 5 -	Distribuição numérica e desvio padrão do OHIP-14 e do índice de placa.....	73
Tabela 6 -	Comparação entre a classificação de fissuras e o OHIP-14 fissura pelo teste de Mann-Whitney	74
Tabela 7 -	Comparação entre o gênero e o OHIP-14 pelo teste de Mann-Whitney	74
Tabela 8 -	Comparação entre o tipo de prótese e o OHIP-14 pelo teste de Mann-Whitney	74
Tabela 9 -	Comparação entre classificação socioeconômica e o OHIP-14, pelo teste de Kruskal-Wallis	75
Tabela 10 -	Correlação entre o OHIP-14 e idade pelo teste de Spearman	75
Tabela 11 -	Comparação entre tipo de fissura e o índice de placa pelo teste de Mann-Whitney	76
Tabela 12 -	Comparação entre o tipo de prótese e índice de placa pelo Mann-Whitney	76
Tabela 13 -	Índice de placa e durabilidade da prótese pelo teste Mann-Whitney	76
Tabela 14 -	Índice de placa e o grupo próteses refeitas pelo teste Spearman ..	77
Tabela 15 -	Comparação entre tipo de prótese do grupo próteses refeitas pelo teste de Mann-Whitney.....	77

Tabela 16 - Comparação entre os gêneros do grupo de próteses refeitas pelo teste de Mann-Whitney	77
Tabela 17 - Comparação entre os grupos tipo de próteses e tipo de fissura pelo teste Qui-quadrado	78
Tabela 18 - Comparação entre os grupos tipo de classificação social e tipo de prótese pelo teste Qui-quadrado	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HRAC-USP	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo
OHIP-14	<i>Oral Health Impact Profile</i>
PPFs	Próteses Parciais Fixas
PPRs	Próteses Parciais Removíveis
QVRSB	Qualidade de Vida relacionada à Saúde Bucal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	27
2	REVISÃO DE LITERATURA	31
2.1	FISSURA LABIOPALATINA.....	33
2.2	REABILITAÇÃO PROTÉTICA, SAÚDE PERIODONTAL E CONTROLES PERIÓDICOS	36
2.3	QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL (QVRSB) MENSURADA PELO QUESTIONÁRIO ORAL HEALTH IMPACT PROFILE (OHIP-14)	42
3	PROPOSIÇÃO	51
3.1	HIPÓTESE NULA	53
4	MATERIAIS E MÉTODOS	55
4.1	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	57
4.2	AMOSTRA	57
4.3	LEVANTAMENTO DE DADOS	57
4.3.1	Análise do prontuário	58
4.3.1.1	<i>Classificação das fissuras labiopalatinas</i>	58
4.3.1.2	<i>Classificação socioeconômica</i>	58
4.3.1.3	<i>Tempo de uso das próteses</i>	59
4.3.2	Exame clínico	59
4.3.2.1	<i>Índice de placa</i>	63
4.3.2.2	<i>Necessidade de repetições e causas de falhas nas reabilitações orais</i>	64
4.3.3	Aplicação de questionário	65
4.3.3.1	<i>Questionário sobre a Qualidade de Vida relacionada à Saúde Bucal</i>	65
4.4	ORIENTAÇÕES QUANTO A MANUTENÇÃO DA PRÓTESE DENTÁRIA.....	65
4.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	66

5	RESULTADOS	67
6	DISCUSSÃO	79
7	CONCLUSÃO	93
	REFERÊNCIAS	97
	ANEXOS	105

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Os pacientes com fissura labiopalatina enfrentam um longo tratamento reabilitador envolvendo equipe interdisciplinar que intencionam a recuperação estética, psicológica e social.

A fissura labiopalatina está dentre as anomalias craniofaciais congênicas que afetam uma proporção significativa da população mundial (Silva Filho e Souza Freitas 2007). Com diferenças na prevalência, Bauru-SP apresenta uma criança com fissura para cada 650 nascimentos (Nagem Filho, Morais e Rocha 1968). As fissuras são reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde como uma questão de saúde pública (World Health Organization 2002) e é preconizado que o tratamento deve ser individualizado, com monitoramento do seu progresso, acompanhamento posterior da evolução e resultados, além do suporte emocional ao indivíduo e à família (World Health Organization 2002 e Martelli et al 2012).

Os pacientes adultos com ausências dentárias múltiplas acabam por necessitar de reabilitação do arco dentário com prótese dentária (Lopes et al 2002, Pinto e Lopes 2007, Pinto et al 2010 e Tavano 2011). Nos casos onde a deficiência do crescimento do terço médio da face gera desajustes oclusais e discrepância maxilares (Pinto e Lopes 2007, Garib et al 2010 e Lopes et al 2013) a prótese dentária recebe uma importância especial. Nesses indivíduos o tratamento é de longa duração com prejuízo geral na saúde e integração social (Mossey et al 2009 e Berggren et al 2012).

A reabilitação da maxila parcialmente dentada pode ser concluída com próteses parciais removíveis (PPRs), próteses parciais fixas (PPFs) ou próteses implantossuportadas (Pinto e Lopes 2007, Freitas et al 2012 e Lopes et al 2013). Pacientes parcialmente edêntulos, com maxila atrésica, geriátricos, com problemas sistêmicos crônicos e com sequelas ósseas que impossibilitam a instalação de implantes osseointegráveis podem ser reabilitados com excelência pelas PPRs (Lopes et al 2002, Pinto e Lopes 2007, Pinto et al 2010, Tavano 2011 e Freitas et al 2012) ou PPFs (Pinto e Lopes 2007).

Tendo o conhecimento de que a reabilitação dos indivíduos com fissura labiopalatina envolve um protocolo de cirurgias plásticas e buco-maxilo-faciais, se

faz necessário um íntimo acompanhamento do crescimento maxilo-mandibular, intervenções ortodônticas e o uso próteses dentárias, além do acompanhamento da aquisição e desenvolvimento da fala. O tratamento das fissuras orais têm custo global elevado (Mossey et al 2009) e demanda muitos anos até sua conclusão (Berggren et al 2012). Deste modo, justifica a importância do seu acompanhamento posterior à instalação das próteses dentárias (Lopes et al 2002, Pinto et al 2010 e Wolfart, Weyer e Kern 2012), principalmente quando se pretende uma abordagem sobre os efeitos psicológicos e socioeconômicos (Wehby et al 2012).

O reconhecimento crescente de que a saúde bucal interfere na qualidade de vida dos indivíduos e que pode ser resultado de um bom atendimento odontológico gerou a necessidade de instrumentos confiáveis para analisar a Qualidade de Vida relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) como a utilização questionário “*Oral Health Impact Profile*” (OHIP-14) (Slade 1997, Oliveira e Nadanovsky 2005, Katsoulis et al 2011 e Montero et al 2013).

Com esse objetivo o presente trabalho visou avaliar o impacto da reabilitação com prótese dentária na qualidade de vida de indivíduos com fissura labiopalatina, assim este é um estudo de interesse evidente aos aprendizados sobre os resultados da reabilitação oral com próteses dentárias da fissura labiopalatina e facilitará o planejamento de estratégias futuras para manutenção dessas próteses dentárias permitindo também suavizar os laços que ligam o paciente ao hospital.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 FISSURA LABIOPALATINA

Em 2001, Sözen et al estudaram as fissuras não sindrômicas em pacientes venezuelanos e afirmaram que a fissura labiopalatina ocorre numa proporção de 0,4 a 2,0 para cada 1000 crianças nascidas vivas na Venezuela e que a fissura labiopalatina representa malformação congênita mais frequente encontrada na cabeça e pescoço. Os autores afirmaram também que em 70% dos casos as fissuras são isoladas não sindrômicas com associação altamente significativa para mutação genética.

Calzolari et al (2004) documentou a epidemiologia descritiva da fissura labiopalatina de 3.852 indivíduos de 16 países da Europa durante 16 anos. Foram observadas diferenças significativas na prevalência na Europa entre os registros. Os autores relataram também que a etiologia e a etiopatogenia das fissuras sindrômicas ou não se comportam de forma diferente. Um total de 54,8% casos de fissura labiopalatina ocorreu como isoladas (não sindrômicas) contra 18% foram associadas a anomalias congênitas múltiplas. O estudo confirmou a tendência para a prevalência do gênero feminino, especialmente entre os casos de fissuras não sindrômicas. A associação específica com defeitos do tubo neural, em alguns registros também é relatada. Os autores concluem que a avaliação epidemiológica pode orientar a pesquisa genética para especificar o papel dos fatores etiológicos em cada população diferente.

Os tipos de fissuras labiopalatinas são divididas em grupos, as fissuras de palato isoladas (FP) e as fissuras de lábio e palato (FLP). Estes defeitos sugerem a prevalência aproximada de um a cada 700 nascidos vivos, nos Estados Unidos da América (EUA). De 5 a 7% das FP ou FLP estão associadas às síndromes. São descritas mais de 200 síndromes com ocorrência a FP ou FLP. Alterações da fala, audição, aparência e acompanhamento psicológico resultam em tratamento de longa duração com prejuízo para a saúde geral e para a integração social. Os pacientes precisam de cuidados multidisciplinares, desde o nascimento até a idade adulta e têm maior morbidade e mortalidade ao longo da vida do que os indivíduos não

afetados. Embora a reabilitação seja possível com atendimento de qualidade, fissuras labiopalatinas inevitavelmente representam um fator de grande complexidade para o indivíduo, a família e a sociedade, com substancial despesa dos serviços de saúde. Os autores relatam que embora o acesso aos cuidados tenha aumentado nos últimos anos, a qualidade de atendimento ainda varia substancialmente e perdura por muitos anos de vida. Os dados epidemiológicos sugerem que fatores ambientais de risco são importantes para a ocorrência de fissuras, e a exposição materna à fumaça do tabaco, álcool, má nutrição, infecções virais, drogas medicinais, e exposição a agentes teratogênicos no início da gestação têm sido relatados. Este trabalho reforça a importância do planejamento que antecede a gravidez na proteção de ocorrência de fissuras (Mossey et al 2009).

A dificuldade em finalizar o tratamento das fissuras labiopalatinas exclusivamente com mecânica ortodôntica no Brasil é enfatizado por Garib et al (2010) que descreve que a etiologia das fissuras labiopalatinas é multifatorial e pode ter predominância do fator genético ou essencialmente ambiental. A variável destes fatores etiológicos aponta os limites da especialidade odontológica na prevenção, tratamento e estabilização de irregularidades dentofaciais. A etiologia das más oclusões nas fissuras labiopalatinas resulta em uma grande complexidade da mecânica ortodôntica. Um resultado ortodôntico ideal e exclusivo é prejudicado devido às irregularidades radiculares nas proximidades das ausências ósseas da fissura e a necessidade de enxertos ósseos secundários em tempo oportuno durante a erupção do canino permanente adjacente a fissura.

Desde 1980 é possível, através do exame do ultrassom, detectar fissura de lábio e palato. O exame de ultrassom pode detectar fissura de lábio e de palato desde 1980. Berggren et al (2012) realizaram um estudo avaliando como as famílias receberam o diagnóstico da fissura de seus filhos no pré-natal ou no pós-natal aplicando um questionário em 82 famílias. Trinta e seis famílias receberam o diagnóstico no pré-natal e 46 famílias receberam o diagnóstico no pós-natal. O estudo revelou que as unidades de ultrassons desproviavam de conhecimentos sobre fissuras e que não estavam aptos a responder aos questionamentos dos pais após o diagnóstico da fissura; a mesma queixa foi relatada pelo grupo pós-natal afirmando que os profissionais presentes no momento do parto se mostraram inaptos para lidar com a situação não prevista do recém-nascido com fissura. Entretanto, a maioria dos

pais no grupo pós-parto relatou que preferiam ter sabido sobre o diagnóstico da fissura no exame pré-natal. Os pais parecem querer informações sobre o diagnóstico e tratamento da fissura o mais cedo possível. Os autores concluem que as orientações à família sobre os procedimentos, cuidados e condutas devem ser disponibilizados o mais cedo possível, com o intuito de conceder subsídios para compreensão e entendimento quanto às longas etapas do tratamento; e que a capacitação de profissionais da equipe de diagnóstico deve ser aprimorada para que estas informações cheguem à família com propriedades significativas.

Martelli et al em 2012 realizou um estudo transversal com 366 pacientes brasileiros e avaliou a expressão das fissuras labiopalatinas congênitas não sindrômicas nos dois gêneros. Nesse estudo os autores encontraram uma predominância de fissura lábio e palato (53,4%), seguida, respectivamente, de fissura de lábio (26,2%) e fissura de palato (20,49%) e relatam também que em 93,16% da amostra não tinha histórico familiar. Os autores afirmam que a fissura de palato foi mais comum em mulheres, enquanto que as fissura de lábio e palato e de lábio foram mais frequentes entre indivíduos do gênero masculino. O risco de fissura de lábio em relação à fissura de palato foi de 2,19 vezes maior em homens quando comparados às mulheres; enquanto que o risco de fissura de lábio e palato em relação à fissura de palato isolada foi 2,78 vezes maior em homens, quando comparados às mulheres, concluindo a diferença na expressão do tipo de fissura em relação ao gênero. Preconiza que o tratamento deve ser individualizado, com monitoramento do seu progresso, acompanhamento posterior da evolução e resultados, além do suporte emocional ao indivíduo e a família.

Freitas et al (2012) afirmam que o processo de reabilitação oral do paciente pode cursar várias alternativas iniciando com o enxerto ósseo alveolar secundário sucedido exclusivamente pela mecânica ortodôntica (permitindo manutenção de supranumerário se presente ou mesializando canino) ou enxerto ósseo alveolar secundário associado com mecânica ortodôntica para colocação de implante ósseo localizado na região de incisivo lateral ou pré-molares. Os autores também afirmam que esta diretriz deve ser conduzida pela avaliação do ortodontista e que a mecânica ortodôntica corretiva do paciente com fissura labiopalatina deve ser, preferencialmente, instalada aos 8 anos, na dentição mista e antes da irrupção dos

caninos permanentes. A evolução do tratamento é decorrente do sucesso do enxerto ósseo alveolar e da discrepância inter-maxilar dentre outros fatores.

Um estudo realizado durante 30 anos descreveu a epidemiologia das fissuras em uma população australiana de 1:829 para fissura de lábio e palato (FLP) e 1:988 para fissura de palato (FP). Estes valores se encontram aumentados em 1,9 e 1,3 vezes para populações aborígenes. Anomalias cromossômicas foram encontradas em 31% das FLP e em 61% das FP. Autores relataram que o diagnóstico das fissuras FLP e FP, em quase sua totalidade (99,7%), ocorreu dentro do primeiro ano de idade, mas que 94% das fissuras submucosas e úvulas bífidas foram diagnosticada após 1 ano de idade. Este estudo confirma diferenças na prevalência entre as populações aborígenes e não-aborígenes, relata a prevalência de anomalias, e descreve os tipos de FLP e FP relatados e a idade em que eles são diagnosticados. Os autores descrevem as mudanças da prevalência das anomalias conforme a evolução dos anos associando à presença de fatores de risco e assim otimizando a possibilidade de atuar na prevenção (Bell et al 2013).

2.2 REABILITAÇÃO PROTÉTICA, SAÚDE PERIODONTAL E CONTROLES PERIÓDICOS

A saúde bucal está intimamente relacionada com saúde dos tecidos orais. Tarbet (1982) relacionou o nível de placa bacteriana das próteses dentárias com a saúde dos tecidos orais. A massa de placa retida em contato com a mucosa oral por um longo período de tempo se transforma em efeito tóxico e evidencia uma mucosa com sinais de anormalidade, deixando de ser uma camada glicoproteica fisiológica. O autor relata que quando a placa bacteriana é removida da superfície da prótese, a saúde dos tecidos melhora. Portanto, um programa para a preservação da saúde dos tecidos é benéfico para o paciente e para o cirurgião-dentista, aumentando a longevidade do tratamento protético.

O controle periódico e a entrega de orientações por escrito após a instalação de próteses dentárias são enfatizados por Montenegro e Brunetti (2002), que detalham minuciosamente no trabalho sobre a reabilitação do paciente idoso. Os autores afirmam que a higienização de qualquer tipo de reabilitação bucal deve ser

considerada fator primordial de sucesso, por esta razão os autores relatam a importância em avaliar as capacidades cognitivas (de compreensão) e capacidade físicas (habilidade motora) antes de indicar uma prótese.

Lopes et al (2002) elucidam a aplicabilidade das PPR não convencionais para maxilas atrésicas na reabilitação de indivíduos com fissura labiopalatina assistidos pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, HRAC-USP. Os autores verificaram o grau de satisfação quanto ao tratamento protético reabilitador de 30 pacientes adultos encontrando resultados favoráveis para mastigação, estabilidade, estética e conforto. Foi relatado pelos autores 100% de satisfação quanto ao tratamento disponibilizado pelo referido hospital.

A PPR é um tratamento comum disponível para o restabelecimento de áreas parcialmente desdentadas. Estudos longitudinais indicam que próteses têm sido associadas com o aumento da gengivite, periodontite, e mobilidade dos dentes pilares. Zlatarić, Celebić e Valentić-Peruzović (2002) avaliaram um total de 205 pacientes, 80 homens e 125 mulheres com idades entre 38-89 anos, reabilitados com PPRs sendo que 123 eram próteses no arco superior e 138 próteses no arco mandibular. Os pacientes usavam próteses por diferentes períodos que variaram de 1 a 10 anos. Os autores coletaram dados a respeito do gênero, idade, tempo de uso da prótese, relato de queixas sobre acúmulo de alimento sob a base da prótese e condição periodontal. Encontraram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,01$) para índice de placa, recessão gengival e mobilidade dentária entre os dentes pilares e não pilares. Durante o exame clínico, os dentes pilares mostraram mais doença periodontal que os não pilares. Os autores concluem que o planejamento correto dos grampos de retenção das PPRs desempenha um papel importante no estado periodontal dos dentes pilares e que esse planejamento ideal associado a uma boa higiene oral, pode diminuir o aparecimento da doença periodontal.

Silva et al (2006) avaliaram a condição periodontal de dentes pilares em PPRs não convencionais de 116 pacientes reabilitados pelo setor de prótese do HRAC-USP com idade variando de 20 a 59 anos. Pelo instrumento do índice de Tarbet, os autores encontraram que 2/3 da amostra (68,97%) não havia placa bacteriana nos dentes apresentando uma condição de saúde periodontal, com

valores sem diferença estatisticamente significativa com os dentes não pilares. Os autores concluem que pacientes reabilitados com PPR devem ser estimulados a realizar terapia de manutenção periódica com controles da higiene oral.

No ano de 2009, Almeida et al avaliaram a prevalência da severidade da doença periodontal em 400 pacientes com fissuras transforame de idade de 15-49 anos comparando os dentes próximos a área da fissura com outros sítios. Os autores relataram que a amostra trouxe resultados que variaram desde uma gengivite até alteração periodontal severa. Houve sangramento gengival em 99,08% da amostra e placa em 97,40%. A idade parece ser um fator importante que influencia a prevalência e a severidade da doença periodontal. Os autores concluíram que a doença periodontal em indivíduos com fissuras ocorreu de um modo semelhante como observado em outras populações, devendo ser considerada a susceptibilidade individual, também afirmam que presença da fissura parece não aumentar a susceptibilidade a doença.

Pinto e Lopes (2007) descreveram quais as possibilidades de tratamento protético reabilitador do paciente com fissura de lábio e palato realizado pelo HRAC-USP. Os autores enfatizam o processo desafiador que é a reabilitação do paciente com fissura devido deficiência de lábio, tecido ósseo e mucosa na área da fissura causando comprometimentos estéticos de difícil resolução. Os autores relatam que deve ser dada atenção especial aos dentes pilares adjacentes à fissura, principalmente quanto à sua implantação óssea e proporção coroa-raiz. Os autores descrevem detalhadamente cada possibilidade de próteses indicadas para os pacientes que, na maioria das vezes, apresentam várias perdas dentárias.

Em 2010, Pinto et al descreveram a importância das etapas de confecção de próteses removíveis não convencionais principalmente em maxilas atresicas com a realização de sobre dentaduras com recobrimento no sentido horizontal em pacientes com fissuras labiopalatina. Os autores defendem as PPRs como instrumento reabilitador da mastigação, da fala e da estética além de permitir vedamento das comunicações buco-nasais congênitas ou adquiridas. Enfatizam a relevância das orientações quanto aos cuidados após a instalação e a necessidade de terapia de manutenção periódica com controles da higiene oral.

Tavano (2011) avaliou a eficiência mastigatória de 37 pacientes com idade variando de 17 a 51 anos com fissura labiopalatina que apresentavam maxilas

atrésicas e que foram reabilitados com PPR de recobrimento horizontal. Os resultados evidenciaram que a eficiência mastigatória melhora com o uso da prótese, não sendo constatada diferenças estatísticas significantes entre o grupo com a prótese e o grupo com dentição natural. Concluiu que a PPR de recobrimento horizontal para pacientes com fissura labiopalatina resulta em melhoria da eficiência mastigatória quanto comparado com e sem a prótese.

A longevidade e a probabilidade de sucesso da reabilitação protética com próteses parciais fixas metalo-cerâmicas (PPF) foram estudadas por Bart et al (2012). Foram avaliados 56 pacientes com a média de idade de 62 anos. No exame clínico de controle, os autores verificaram que as próteses estavam em função de 7 a 19 anos. As PPF demonstraram uma elevada taxa de sobrevida de 90,4% após 10 anos, e 80,5% após 15 anos. Segundo os autores a probabilidade da prótese permanecer livre de qualquer complicação ou falha foi de 79,7% em 10 anos e 34,6% aos 15 anos. O risco dos dentes pilares serem acometidos por uma complicação biológica ou falha depois de 10 anos foi de 14,9% e de 5,34% para uma complicação técnica/fracasso. Após 15 anos, os riscos de uma complicação biológica ou técnica/fracasso foram de 45,7% e 19,7%, respectivamente.

Lynch (2012) realizou um estudo com o propósito de rever as características das PPRs e relatar o sucesso dessas como agente reabilitador do paciente parcialmente desdentado. O autor descreve que as PPRs, quando adequadamente projetadas, trazem benefícios como: tratamento minimamente invasivo; melhoria na fala e na eficiência mastigatória, além de permitir uma maior distribuição das forças oclusais (evitando sobrecarga nos dentes remanescentes, conduzindo a desgaste dental ou periodontais). Como riscos, o uso de PPRs pode propiciar a ocorrência de doenças periodontais e cáries, de lesões por traumas dos componentes protéticos aumentando a importância da terapia de manutenção e controle (6-12 meses) após a instalação destas próteses. Nas consultas de manutenção, o autor recomenda que as próteses devam ser removidas e que deva ser realizado um cuidadoso exame em todos os dentes e tecido periodontal para detectar a presença de cárie ou de doença periodontal; além disso, os pacientes devem ser encorajados a remover próteses para limpeza após as refeições, retirar próteses à noite e escovar e fazer o uso do fio dental. O autor afirma que PPRs são uma forma bem-sucedida de tratamento para substituir dentes perdidos, e podem ser realizados com alto índice de sucesso se

houver um planejamento apropriado e o paciente disponibilizar de terapia de manutenção e controle.

Pelaez et al (2012) analisaram a sobrevida de prótese metalo-cerâmicas e em Zircônia em pacientes sem fissura labiopalatina. Parâmetros periodontais foram avaliados através da determinação do índice de placa, índice gengival, índice marginal, e profundidade de bolsa dos dentes pilares e controle. Os pacientes foram examinados após um período de observação médio de 50. As taxas de sobrevida para as próteses metal-cerâmica e zircônia foram de 100% e 95%, respectivamente. Não foram encontradas fraturas na cerâmica ou zircônia. Nenhuma diferença estatística foi encontrada entre os grupos, sobre os parâmetros periodontais. Os autores concluíram que a sobrevida das próteses fixas em metalo- cerâmica e em zirconia são semelhantes durante os quatro primeiros anos após a cimentação.

A assiduidade nas consultas de terapia de manutenção periódica de 93 pacientes que receberam PPFs ou PPRs foi avaliada por Wolfart, Weyer e Kern (2012). Para isto, os autores agendaram consultas a cada 6 meses pós instalação das próteses. Após 60 meses, a taxa de frequência de acompanhamento foi de 68%, sem diferença estatisticamente significativa para o gênero. A assiduidade às consultas foi de 19,2% (PPR) e 85,6% (PPF). Os resultados demonstram que os pacientes tratados com PPF faltam menos nos retornos agendados do que os pacientes tratados com PPR.

No ano de 2013, Catalani comparou a condição periodontal de dentes pilares e não pilares de PPRs de 45 pacientes reabilitados pelo HRAC-USP de ambos os gêneros com idade variando de 25 a 72 anos e realizou a aplicação do instrumento OHIP-14. Quanto ao intervalo de retorno dos pacientes para as consultas de controle, o autor revela que a maior frequência de retorno para as consultas de controle foi entre 2 e 5 anos após a data da instalação da prótese (42% da amostra) O autor concluiu não haver diferença estatisticamente significativa entre o índice de placa entre os dentes pilares e não pilares das PPRs, mas que os resultados trouxeram diferenças estatísticas entre os valores da profundidade de sondagem e o nível de inserção dos dentes pilares e não pilares. O autor relata a importância da orientação sobre higiene oral, haja vista, os valores para o índice de placa foram de médios a altos, entretanto afirma que os escores mais frequentes

para o OHIP-14 foram zero e 1 relatando que a qualidade de vida destes indivíduos não é influenciada pela saúde bucal.

O tratamento das fissuras labiopalatinas pode se estender até a idade adulta e sua conduta final está diretamente relacionada com a evolução da história odontológica, podendo percorrer várias possibilidades desde o tratamento exclusivamente com mecânica ortodôntica até situações críticas com perdas dentárias ou comunicações buconasais que requerem aparelhos protéticos reabilitadores. Lopes et al (2013) enfatizam a aplicabilidade das PPRs, tanto para grandes extensões desdentadas quanto para palatos com fístulas ou abertos, ou ainda, insuficiência velofaríngea inoperável. As PPRs também recebem o título de overlay ou sobre dentadura quando reanatomizam o arco superior com deficiência no sentido vertical e/ou horizontal. Quanto aos controles periódicos e posteriores à instalação dessas próteses é recomendado controles aos 30, 60 e 120 dias para os ajustes necessários.

Em 2013, Heschl et al realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o sucesso a longo prazo e a estabilidade do tecido periodontal em próteses extensas no arco superior apoiadas por dentes naturais periodontalmente comprometidos. Um total de 28 PPFs em 28 pacientes com histórico de periodontite crônica após o tratamento periodontal bem sucedido. Posteriormente, foi instituído um programa de terapia periodontal de suporte. Os parâmetros clínicos foram avaliados em cada paciente após a cimentação da PPF e durante exames de controle posterior que ocorreram numa média de 75,7 meses (variando de 9,9 até 232,7 meses) após a cimentação das próteses. As profundidades de sondagem permaneceram essencialmente inalteradas por esse tempo ($2,6 \pm 0,8\text{mm}$ no momento da cimentação contra $2,7 \pm 0,6\text{mm}$ no exame de controle). Os autores relataram um aumento do índice de placa (de 24,8% para 33,2%) e sangramento à sondagem (de 8,5% para 26,2%) e relataram um caso de fratura. Os autores concluem que exames periódicos são essenciais para a manutenção da higiene oral e, consequentemente, para o sucesso de próteses fixas no arco superior.

Müller et al (2013) objetivou comparar a perda de elemento dentário a longo prazo após a terapia periodontal em pacientes com ou sem tratamento protético. Um total de 75 pacientes que receberam tratamento odontológico foram acompanhados por 5-17 anos e subdivididos em grupos de reabilitados com PPFs

(n=29), PPRs (n=25) e prótese unitária (n=25). Vinte e cinco pacientes, também periodontalmente comprometidos, mas sem tratamento protético completaram o grupo controle. Os autores identificaram que a complexidade do tratamento protético, idade elevada, condição socioeconômico, diabetes mellitus, perda óssea inicial e a periodontite agressiva são fatores que contribuem significativamente para a perda do dente. Concluíram também que os pacientes com reconstruções protéticas sob terapia periodontal de suporte de longo prazo apresentaram maiores riscos de perda de dentes do que pacientes sem próteses.

2.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL (QVRSB) MENSURADA PELO QUESTIONÁRIO *ORAL HEALTH IMPACT PROFILE* (OHIP-14)

Com reconhecimento crescente de que a qualidade de vida pode ser resultado do atendimento odontológico criterioso criou-se a necessidade de desenvolver uma série de instrumentos para mensurar a Qualidade de Vida relacionada à Saúde Bucal (QVRSB). Inicialmente, um questionário de 49 itens que foi caracterizado como *Oral Health Impact Profile* (OHIP-49) para avaliar qualidade de vida de indivíduos na Austrália; este instrumento mensura a percepção das pessoas sobre o impacto das condições bucais no seu bem-estar; entretanto, em 1997 o autor propôs diminuir o número de perguntas, para um conjunto ideal de 14 itens (OHIP-14). As perguntas contidas no OHIP-14 abrangeram as sete dimensões conceituais do OHIP-49 (limitação funcional; dor física; desconforto psicológico; limitação física, psicológica e social e incapacidade). Pontuações do OHIP-14 e OHIP-49 mostraram o mesmo padrão de variação entre os grupos sociodemográficos de adultos. Os resultados sugerem que o OHIP-14 apresenta boa confiabilidade (alfa de Cronbach 0,88), validade e precisão na determinação de um valor que possa ser relacionado com a qualidade de vida. Quanto menor os valores do questionário OHIP-14, menor a possibilidade da saúde oral do indivíduo estar impactando negativamente na sua qualidade de vida (Slade 1997).

Oliveira e Nadanovsky (2005) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar as propriedades de medida da versão brasileira do instrumento OHIP-14 para

avaliar QVRSB. Com este intuito, foi realizado um estudo transversal, destinado a avaliar o impacto da dor de dente na qualidade de vida durante a gravidez. A amostra consistiu de 504 mulheres pós-parto (idade média de 24 anos, $\pm 6,2$), a maioria dos quais tinham problemas dentários e pertenciam à famílias de baixa renda. O questionário foi aplicado na forma de entrevistas por dois entrevistadores previamente treinados, que também realizaram exames clínicos. Os autores validaram o questionário OHIP-14 de acordo com os resultados do coeficiente de correlação intra-classe (0,87) e pelo alfa de Cronbach (0,91).

Um estudo realizado por Wolfart et al em 2005 na Alemanha com o intuito de comparar tratamentos protéticos com PPRs. Trinta e quatro participantes foram aleatoriamente designados para receber ou PPRs incluindo a substituição do molar (grupo molar) ou manter uma oclusão até pré-molar (grupo arco reduzido). A QVRSB foi avaliada pelo instrumento OHIP-14 antes do tratamento (pré-tratamento), 6 semanas, 6 meses e 12 meses após a data da instalação das próteses. Aos 12 meses de controle, os autores conseguiram concluir a pesquisa com 21 participantes (13 pacientes não compareceram as consultas), 10 mulheres e 11 homens (média de idade: 62 ± 10 anos). Dentro de cada grupo, uma melhoria da qualidade de vida, foi observada com diminuição dos valores do OHIP-14 quando comparados aos valores do OHIP-14 no momento inicial do pré-tratamento. Nenhuma diferença significativa pode ser relatada entre os dois conceitos de próteses, com a reabilitação do molar e com o arco reduzido.

Bae et al (2006) compararam a Qualidade de Vida relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) entre adultos reabilitados com próteses totais (PTs) e PPRs com idade média de 55 anos na Coreia, utilizando o questionário OHIP-49. A amostra foi aleatória e abordou 4.250 indivíduos dos quais 445 com PPRs ou PTs concordaram em serem entrevistados por telefone. Os participantes foram orientados a ter o questionário em mãos durante a conversa telefônica para melhor clareza da entrevista. Cada pergunta da pesquisa era sobre a frequência com que cada evento foi experimentado durante os últimos 12 meses. Os usuários de PPR tiveram leve tendência a ter uma pontuação maior no OHIP-49 do que usuários de PTs, mas não foi estatisticamente significativa. Os resultados do presente estudo confirmam que não há nenhuma diferença geral no QVRSB entre usuários de PPRs e PTs. Os autores relataram a limitação da pesquisa por ser pelo telefone, fato que

impossibilitou correlato com a condição clínica do paciente e sua saúde oral. As únicas diferenças estatisticamente significantes encontradas foram relacionadas às perguntas sobre dor, inabilidade em escovar os dentes ou a presença de dentes sensíveis.

Pires, Ferraz e Abreu (2006) desenvolveram a versão na língua portuguesa do OHIP-49 para ser utilizada no Brasil. A metodologia utilizada consistiu de tradução cultural e avaliação das propriedades de medida. A reprodutibilidade da versão em Português do OHIP-49 foi avaliada em três entrevistas aplicadas por dois entrevistadores em 50 brasileiros com 60 anos ou mais. Duas entrevistas foram realizadas de forma independente por entrevistadores 1 e 2 no mesmo dia. Após 15 dias, uma terceira entrevista foi aplicada pelo entrevistador 1. A reprodutibilidade demonstrou ser estatisticamente significativa, com os coeficientes variando de 0,72 a 0,74 (teste Tau de Kendall). Os coeficientes de Cronbach, para confirmação da consistência interna, foram iguais a 0,96 e 0,90. Nesta amostra, a versão em português do OHIP-49, demonstrou ser um parâmetro reprodutível e válido para avaliar impactos das condições bucais na qualidade de vida de brasileiros.

Berretin-Felix et al (2008) mensurou as consequências da reabilitação oral com prótese implanto-suportada na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de idosos, para isto, os autores utilizaram três questionários como instrumentos; dois relacionados com as condições orais (*Oral Impacts on Daily Performances* - OIDP e *Oral Health Impact Profile*, - OHIP-14) e um que lida com aspectos globais (Organização Mundial da Saúde, Qualidade de Vida - WHOQOL-BREF), em 15 pacientes, antes do início do tratamento, aos 3, 6 e 18 meses após a cirurgia de colocação de implantes. Os resultados dos questionários OIDP e OHIP-14 tiveram melhor aplicabilidade após o tratamento com a prótese. O WHOQOL-BREF foi menos sensível, confirmando a maior confiabilidade de questionários específicos (odontológicos), em comparação com perguntas de condições gerais. Os autores concluem que o tratamento com próteses fixas implanto-suportada melhora a qualidade de vida em idosos e que estes efeitos são melhores detectados por instrumentos específicos voltados para o tema.

Sousa et al (2009) realizaram um estudo de comparação dos resultados da versão brasileira do OHIP-14 quando realizado na forma de entrevista ou em seu formulário original auto aplicável. Uma amostra de 74 pacientes adultos brasileiros

respondeu as duas formas de abordagem do questionário com o intervalo de duas semanas. Os resultados finais foram feitos pela análise individual de cada um dos 7 domínios do OHIP-14 e os valores não foram influenciados pelo método de administração. No entanto, os autores afirmam que a utilização do OHIP-14 no formato questionário pode resultar em taxas mais baixas.

Em 2009, Bastos objetivou relacionar a cárie (CPO-D) com QVRSB (OHIP-14) em adolescentes (15-19 anos de idade) com um estudo transversal, randomizado, em indivíduos em uma área suburbana (SA n=185) e uma área central (DA n=147) da cidade de Bauru-SP. A dor física e incapacidade psicológica foram as manifestações negativas mais frequentes de impacto na qualidade de vida. Os adolescentes SA foram mais negativamente afetados pela cárie dentária em termos de qualidade de vida. O autor afirma que quanto menor a classe econômica maior o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, ou seja, os valores para o OHIP-14 são maiores.

No ano de 2011, Katsoulis et al publicaram os resultados de uma pesquisa realizada durante dois anos, na Suíça, sobre a Qualidade de Vida relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) pelo instrumento OHIP-14. Foram avaliados 42 pacientes (78,6% homens, 21,4% mulheres) com idade média de 62 ± 8 anos, reabilitados com PPRs. No exame clínico, foram avaliadas as complicações estéticas, funcionais e biológicas. Nenhum paciente desistiu do tratamento durante o período da pesquisa. Cerca de 50% dos pacientes não apresentaram qualquer complicação. O valor médio OHIP-14 demonstrou que a saúde oral destes indivíduos apresentou excelência suficiente para não interferir na qualidade de vida. Não houve correlações estatisticamente significativas entre os valores do OHIP-14 e complicações mecânicas ou biológicas observadas. Os autores concluíram que os pacientes parcialmente desdentados com desgaste dental severo demonstraram estarem satisfeitos com o tratamento protético reabilitador e independentemente da característica da prótese e da ocorrência de complicações técnicas, e a qualidade de vida, expressa pelo OHIP-14, está representada como boa.

Botello-Harbaum et al (2012) aplicou o OHIP-14 na consulta odontológica inicial de 2432 indivíduos sem fissura labiopalatina. Como resultados os autores encontraram que 8% da população investigada apresentavam valores muito altos para o OHIP-14 significando uma alta influência da saúde bucal na qualidade de vida

desta população, 29% da amostra relatou valores baixos para o OHIP-14, significando que a condição clínica oral deste grupo não é capaz de impactar negativamente na qualidade de vida. Os autores também relatam que as mulheres tinham 1,46 vezes mais probabilidade de estar no grupo com valores altos do OHIP-14 em relação aos homens com significância estatística. Afro-americanos eram mais propensos (2,11 vezes a mais) a relatar valores mais altos do OHIP-14 quando comparado a outros grupos étnicos. Uma associação estatisticamente significativa foi obtida para a idade do paciente ($p < 0,001$) com relação às respostas do OHIP-14 (quanto maior a idade menor o OHIP-14). Os autores validaram o questionário OHIP-14 afirmando que os relatórios utilizando este instrumento de pesquisa garantem eficácia.

O poder do teste do OHIP em sua versão reduzida com 14 questões foi avaliado, também em sua versão no idioma espanhol, em um estudo transversal com 131 idosos com idade média de 73,8 anos ($\pm 8,5$). Também foram coletados os dados sobre a percepção da necessidade de tratamento odontológico pelo paciente, presença de cárie coronal ou de raiz, presença de placa bacteriana e utilização de PPRs. Como resultado, os autores encontraram confiabilidade no teste OHIP-14 (alfa de Cronbach 0,918). Os resultados relatam associação estatisticamente significativa entre o OHIP e a percepção sobre a necessidade de tratamento odontológico. O valor do OHIP-14 não se mostrou significativo com a presença de cárie, placa ou uso de PPRs. Os autores concluem que o instrumento OHIP-14 válido e confiável para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (Castrejón-Pérez e Borges-Yáñez 2012).

Dahl et al (2011) também avaliou a QVRSB pelo instrumento OHIP-14 de 151 indivíduos de 68 a 77 anos de idade. Os autores relatam que a eficiência do instrumento e sua fácil aplicabilidade foram fatores de escolha. Foram realizados exames clínicos para avaliação do número de dentes presentes na cavidade oral e presença de cárie. 42% dos indivíduos não relataram qualquer problema ou desconforto em nenhum dos sete domínios. Dos 58% que relataram queixas, 43% foram no domínio da dor física e 28% no do desconforto psicológico. Os autores afirmaram que quanto menor o número de dentes menor a satisfação com a saúde bucal, todavia os resultados não foram estatisticamente significantes.

Para comparar o custo-efetividade do tratamento com PPR, como sendo a única opção gratuita oferecida pelo governo da Irlanda, McKenna et al (2013) fizeram um ensaio clínico controlado randomizado. Quarenta e quatro pacientes parcialmente dentados com 65 anos ou mais de idade foram entrevistados e divididos em dois grupos. O grupo de tratamento convencional recebeu PPRs para substituir todos os dentes naturais, e o segundo grupo foi reabilitado com arco reduzido. A eficácia foi avaliada em termos de impacto na QVRSB pelo instrumento OHIP-14. Os autores computaram todos os valores despendidos para confecção de cada prótese e afirmaram que é necessário 8,3 consultas para finalizar o tratamento com o tempo médio gasto para a confecção de 124 até 183 minutos. Quanto aos resultados da qualidade de vida, os autores aplicaram o OHIP-14 no dia da instalação e após 1 mês de controle e os comprovaram que os valores do OHIP-14 se mostraram melhores em ambos os grupos.

A importância da saúde bucal na influência da qualidade de vida tem sido estudada por muitos pesquisadores da área da saúde. Niesten, van Mourik e van der Sand (2012) realizaram uma abordagem qualitativa sobre a qualidade de vida de 38 idosos dentados na Holanda, por meio de entrevistas gravadas, posteriormente transcritas e analisadas. Alguns temas foram identificados no relacionamento entre dentes naturais e da qualidade de vida dos participantes: orgulho e realização; capacidade de se manter otimista ante à diversidade; função oral; aparência; conforto; juntamente com enfrentamento e adaptação à deficiência. Os autores relatam que o fato de ter dentes naturais exerce um efeito positivo na qualidade de vida dos entrevistados, com a ressalva de que os homens relataram importar menos sobre ter dentes naturais do que as mulheres. Os autores concluíram que a qualidade de vida de idosos é positivamente influenciada pela presença de dentes naturais, e este efeito parece aumentar com a fragilidade da saúde. A preservação dos dentes contribui para uma imagem positiva do corpo e autoestima, e deve ser preservada com o estímulo sobre a higiene oral.

Foo et al (2012) aplicaram o questionário OHIP-14 em 88 indivíduos (feminino n=40 e masculino n=48) com fissura labiopalatina não sindrômicos tratados na Austrália e comparando com os dados da população em geral. A amostra contou com 52 pacientes com fissura unilateral de lábio e palato, 32 participantes com fissura de lábio e palato bilateral, dois participantes com fissura de

palato isolada, um participante com fissura labial unilateral, e um dos participantes com fissura de palato submucosa. A idade da amostra variou de 18 a 65 anos de idade, com idade média de 31 anos. Não houve diferença significativa de idade ou gênero na amostra. A prevalência de ter experimentado uma ou mais das OHIP-14 itens "quase sempre" ou "sempre", foi 2,7 vezes maior do que as estimativas em nível nacional. Os autores concluem que os valores encontrados para o OHIP-14 na amostra foram mais altos que as estimativas de nível de população e sugerem que a saúde oral dos indivíduos com fissura labiopalatina interfira na qualidade de vida, sem relevância estatística. Estes resultados indicam que o tratamento para fissura labiopalatina pode não eliminar totalmente os fatores que contribuem para a má saúde oral.

Özhayat e Gottfredsen (2012) avaliaram os efeitos do tratamento com PPFs e PPRs e relacionou a mudança de Qualidade de Vida relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) para cada tipo de prótese na Dinamarca. O objetivo do estudo foi o de identificar os aspectos de melhoria que os tratamentos odontológicos causaram na vida dos indivíduos. 273 pacientes foram reabilitados com PPFs (60% mulheres, 40% homens, média de 64 anos) 137 pacientes com PPRs (50,3% mulheres e 50,7% homens, média de 56,5 anos) Os participantes responderam o OHIP-49 antes e após o tratamento. Um grupo controle sem necessidade de tratamento odontológico também respondeu o OHIP-49. Todos os participantes apresentaram uma melhora significativa nos resultados. A melhora foi maior para o grupo PPRs do que o grupo com PPFs. PPRs que substituíram apenas os dentes da mastigação não melhoraram significativamente a qualidade de vida. As mulheres tiveram valores maiores do OHIP-49 do que os homens no grupo PPR. Idades mais avançadas trouxeram os menores valores do OHIP-49, para os dois grupos de forma estatisticamente significativa concluindo que quanto maior a idade, menor o relato de que a saúde bucal está interferindo na qualidade de vida do indivíduo.

Listl et al (2012) realizaram um trabalho com o objetivo de avaliar os fatores que influenciam na detecção do impacto psicológico do tratamento protético e sua relevância para o dentista de 180 pacientes na Alemanha. 52% da amostra foi do gênero feminino, sendo que 21% reabilitados com PPRs (n=11), PTs (n=28) e 79% com PPFs (n=141). Os resultados indicam que quanto maior a limitação oral quer sejam PPRs ou PTs, quanto menor a idade e os pacientes do gênero feminino

apresentam maiores valores para OHIP-49, ou seja, maiores são os relatos de que a saúde bucal tem impacto negativo na qualidade de vida.

Montero et al (2013) avaliaram as mudanças na QVRSB pelo instrumento OHIP-14 de 153 pacientes subdivididos em 4 grupos: A) PPF metalo-cerâmicas (OHIP-14 2,7), B) PPRs (OHIP-14 2,7), C) próteses parciais acrílicas temporárias (PPAT) (OHIP 5,6) e D) PT (OHIP-14 4,6). Os autores descreveram os fatores sociodemográficos e as características das próteses. Um mês após o tratamento, os participantes responderam se as próteses tinham gerado melhores efeitos, iguais, ou piores, dentro dos 14 itens. Os pacientes do estudo foram comparados com a população (os valores do OHIP-14 foi de $3,9 \pm 3,5$ para as mulheres e de $2,2 \pm 2$ para os homens, em escala com variação de zero a 56) que utilizavam próteses convencionais, mas que não buscavam qualquer tratamento odontológico. Os autores concluíram que os pacientes notam os benefícios na capacidade de mastigação, ganho na estética e satisfação com a boca após instalar próteses dentárias convencionais. Como significado clínico, os autores afirmam que a terapia protética reabilitadora com próteses convencionais melhora o bem-estar geral dos pacientes; embora possa causar desconforto e disfunção mastigatória em mais de 20% dos indivíduos e que os pacientes que foram reabilitados com PPRs previsivelmente resultam em maior número de satisfação. Quanto maior o comprometimento clínico sentido pelo paciente, maior será o aumento na qualidade de vida após reabilitação.

Özhayat e Gottfredsen (2013) avaliaram os efeitos do tratamento com PPFs e PPRs e relacionaram a mudança de QVRSB pelo instrumento OHIP-49 em 410 pacientes sem fissura labiopalatina após receberem o tratamento de PPFs ou PPRs. As variáveis analisadas foram: gênero, idade, tipo de prótese indicada (PPFs ou PPRs) e localização (uma mandíbula ou ambos) e de zona (estética/mastigatória/ambos). Os dados demonstraram que as mulheres tiveram o resultado para QVRSB pior de toda amostra (OHIP-49 alto), mas sem diferença estatística com o grupo dos homens. Idade superior foi significativamente correlacionada com melhores resultados para QVRSB independente da modalidade de tratamento. Os autores concluem que a diferença de QVRSB entre os participantes com PPRs e PPFs foi irrelevante, afirmando o valor equivalente das duas modalidades de tratamento.

Em 2013, Valladares Neto aplicou o instrumento OHIP-14 em 42 indivíduos adultos jovens (55% homens e 45% mulheres, OHIP-14=16,0 em escala com variação de zero a 56) com deformidade dentofacial classe III e comparou com um grupo de 42 indivíduos com equiparação de idade (55% homens e 45% mulheres OHIP-14=3,6). Os resultados revelaram que a deformidade dentofacial classe III apresenta um impacto negativo da QVRSB (valores mais altos para o OHIP-14) dos entrevistados e que não foi identificado nenhum fator sociodemográfico associado.

3 PROPOSIÇÃO

- Avaliar o impacto da reabilitação com prótese dentária na qualidade de vida de indivíduos com fissura labiopalatina.
- Avaliar a condição clínica de próteses dentárias de pacientes com fissura de lábio e palato operada do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP).

3.1 HIPÓTESE NULA

Não há correlação entre a reabilitação oral com prótese dentária com a qualidade de vida, nos pacientes com fissura labiopalatina.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos HRAC-USP, nas reuniões de 26-04-2011 e 24-09-2013 ofícios nºs 117/2011 e 109/2013 SVAPEPE-CEP respectivamente (Anexos 1 e 2). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Formulário de Consentimento Informado foram entregues antes da avaliação clínica, firmando sua anuência em participar do estudo (Anexos 3 e 4).

4.2 AMOSTRA

A amostra foi composta de 67 indivíduos com fissura labiopalatina pré ou transforame incisivo, não sindrômicos com idade entre 18 a 72 anos, de ambos os gêneros, reabilitados com próteses dentárias, sobre dentes e no arco superior, instaladas pelo setor de prótese do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP). A inclusão para a amostra dependeu da certificação que os pacientes fizessem uso diário das próteses, bem como se o ajuste oclusal das próteses instaladas tinham estabilidade oclusal. Indivíduos com doença sistêmica não específica, alteração neurológica, síndromes ou disfunção temporomandibular severa foram excluídos da amostra.

4.3 LEVANTAMENTO DE DADOS

Foram realizados análise de prontuários, exames clínicos odontológicos e questionários aplicados individualmente anotados em fichas específicas pela pesquisadora.

4.3.1 Análise do prontuário

Com o objetivo de caracterizar a amostra, utilizou-se uma ficha contendo informações a respeito da identificação do indivíduo: nome, procedência, número de registro do hospital, gênero, idade, tipo de fissura labiopalatina e classe socioeconômica além da data de instalação das próteses. Estas informações foram obtidas após análise de prontuário (Anexo 5).

4.3.1.1 Classificação das fissuras labiopalatinas

Os pacientes matriculados no HRAC-USP são inseridos em um dos grupos abaixo de acordo com a classificação preconizada por Spina et al (1972) modificada por Silva Filho et al (1992), que utiliza o forame incisivo como ponto de referência anatômica:

Grupo I – Fissuras pré-forame incisivo (com extensão anterior ao forame incisivo), fissura que envolve o lábio com ou sem envolvimento do rebordo alveolar.

Grupo II – Fissura transforame incisivo (fissuras que se estende anterior e posteriormente ao forame).

Grupo III – Fissura pós-forame incisivo (fissuras que se estendem posteriormente ao forame incisivo).

Grupo IV – Fissuras raras da face.

4.3.1.2 Classificação socioeconômica

Todos os pacientes matriculados no HRAC-USP apresentam no prontuário uma classificação socioeconômica que é estabelecida pelo Serviço Social da instituição. Esta classificação se baseia na somatória de pontos obtidos em entrevista do indivíduo. Foi obtida a classificação socioeconômica com data mais próxima a instalação da prótese. Sendo dividida em baixo inferior, baixo superior,

médio inferior, médio, médio superior e alto; esta ordenação é resultado da somatória de pontos baseados em dados como situação econômica e nível ocupacional, número de membros familiares, escolaridade, condições e características físicas da habitação sendo que quanto maior a somatória dos pontos mais alta é a classe social (Graciano 2013).

4.3.1.3 Tempo de uso das próteses

A data da instalação da prótese dentária e tempo de uso da prótese foram coletados da análise do prontuário e foram classificadas em:

1. ≤ 12 meses;
2. >12 meses < 24 meses de uso;
3. >24 meses < 60 meses de uso;
4. >60 meses de uso.

4.3.2 Exame clínico

Durante o exame clínico realizado na consulta de controle, foi anotado qual o tipo de prótese dentária que o paciente possuía no arco superior e o índice de placa. Foi avaliada também a necessidade de repetição do procedimento protético considerando a estabilidade e qualidade da adaptação e qual a causa da repetição do tratamento.

As características da reabilitação protética foram obtidas por meio do exame clínico e foram classificadas em: prótese parcial removível (Figuras 1 e 2) ou fixa (Figuras 3 e 4).

Figura 1 - Imagem de paciente reabilitado com prótese parcial removível de recobrimento. **A e B)** vista frontal e oclusal sem a prótese; **C e D)** vista frontal e oclusal com a prótese; **E)** vista frontal da prótese; **F)** vista inferior da prótese; **G)** vista superior da prótese.

Figura 2 - Imagem de paciente reabilitado com prótese parcial removível de recobrimento e com reestabelecimento da dimensão vertical de oclusão. **A e B)** vista frontal e oclusal sem a prótese; **C e D)** vista frontal e oclusal com a prótese; **E)** vista frontal da prótese; **F)** vista inferior da prótese; **G)** vista superior da prótese.

Figura 3 - Reabilitação com prótese fixa com dez elementos em cerâmica. **A e B)** vista frontal e oclusal antes da reabilitação; **C e D)** vista frontal e oclusal após a reabilitação com prótese fixa.

Figura 4 - Reabilitação com prótese fixa com seis elementos em cerâmica. **A e B)** vista frontal e oclusal antes da reabilitação; **C e D)** vista frontal e oclusal após a reabilitação com prótese fixa.

4.3.2.1 Índice de placa

O Índice de placa que foi empregado por Løe (1967), para avaliar a presença da placa na área cervical do dente. Foram avaliados seis sítios por dente, de todos os dentes presentes no arco superior e inferior: disto-vestibular, vestibular, méso-vestibular e os sítios linguais (Anexo 5). A avaliação foi feita com o auxílio do espelho bucal, explorador ou sonda periodontal e jato de ar (Figura 5). Os critérios de avaliação destes índices foram:

- 0= ausência de placa;
- 1= uma película de placa na cervical apenas visualizada, após correr uma sonda pela superfície do dente;
- 2= acúmulo moderado dentro da bolsa ou visualizada a olho nu;
- 3= acúmulo abundante de placa dentro da bolsa e próximo a margem gengival.

Figura 5 - Avaliação do índice de placa na face vestibular. **A)** região disto cervical; **B)** região media; **C)** região méso cervical.

4.3.2.2 Necessidade de repetições e causas de falhas nas reabilitações orais

As necessidades de repetição do procedimento protético foram avaliadas clinicamente e as causas das falhas foram classificadas em estéticas, funcionais e biológicas (Katsoulis et al 2011).

- Causas estéticas: insatisfação quanto à cor dos dentes acrílicos ou cerâmicos e presença de cinta metálica em área estética.
- Causas mecânicas: soltura da prótese fixa; trinca na porcelana da prótese fixa; Instabilidade da prótese removível; presença de sintomatologia dolorosa; quebra de braço de retenção; dentes artificiais soltos ou quebrados e/ou fratura do acrílico (Figura 6).
- Biológicas: lesões periodontais irreversíveis, processos cariosos extensos, fraturas radiculares e lesões endodônticas decorrente de processos cariosos (Figura 7).

Figura 6 - A e B) fratura de PPF; C) PPR com fratura de 3 grampos de retenção e do acrílico na região anterior.

Figura 7 - Imagem ilustrativa de processo carioso nos pilares da PPR.

4.3.3 Aplicação de questionário

4.3.3.1 Questionário sobre a Qualidade de Vida relacionada à Saúde Bucal

Para a avaliação da qualidade de vida foi aplicado o questionário *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14) (Slade 1997) que possibilita uma avaliação do quanto às desordens da cavidade bucal podem interferir no bem-estar do paciente, ou seja, na sua qualidade de vida. O questionário validado por Oliveira e Nadanosk (2005), possui 14 questões subdivididas em sete domínios (limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, limitação física, limitação psicológica, limitação social e incapacidade) com duas perguntas cada e com cinco possibilidades de respostas anotadas em escala (Anexo 6), quanto menor o valor do OHIP-14, menor o impacto da saúde oral na qualidade de vida, ou seja, a saúde oral não está influenciando negativamente na qualidade de vida dos pacientes; sendo este o resultado desejado. Os maiores valores indicam uma mais pobre saúde oral que está interferindo na qualidade de vida do paciente no prazo dos últimos 12 meses.

4.4 ORIENTAÇÕES QUANTO À MANUTENÇÃO DA PRÓTESE DENTÁRIA

Todos os pacientes entrevistados foram orientados quanto à manutenção da higiene oral por meio de informativo impresso (Anexos 7 e 8).

4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Todos os dados foram submetidos à análise estatística. Para cada variável foi realizada a análise descritiva (médias, desvios padrão) e testes estatísticos descritos abaixo, sendo considerado o nível de confiança de 95% ($p < 0,05$).

- Foi realizada uma abordagem não paramétrica para unidades não numéricas com o teste de Mann-Whitney para comparação Intergrupos:
 - OHIP-14 e tipo de fissura;
 - OHIP-14 e gênero;
 - OHIP-14 e o tipo de prótese;
 - durabilidade (grupo próteses refeitas) e o tipo de prótese;
 - índice de placa e tipo de fissura;
 - índice de placa e tipo de prótese.
- O teste de Kruskal-Wallis foi empregado para a comparação Intergrupos com mais de duas variáveis:
 - OHIP-14 e classificação socioeconômica.
- O coeficiente de correlação de Spearman foi aplicado para as seguintes variáveis ordinais:
 - OHIP-14 e idade;
 - índice de placa e durabilidade (grupo próteses refeitas) da prótese.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Os dados obtidos foram organizados por meio de análise descritiva e testes estatísticos específicos para cada situação e estão representados neste capítulo.

A amostra foi constituída por 67 pacientes matriculados no HRAC-USP, com idade variando de 18 a 72 anos com média de 36 anos ($\pm 13,21$); que compareceram à Clínica de Reabilitação Oral para consulta de manutenção de suas próteses durante o intervalo de 14 meses. Os pacientes foram avaliados respeitando o cronograma de atendimento dos mesmos, nos diversos setores do hospital.

O número total de pacientes do gênero masculino foi 32 (48%) e do gênero feminino de 35 (52%). Do total da amostra 32 (48%) pacientes foram reabilitados com PPFs e 35 (52%) com PPRs, todas as próteses envolveram área estética.

Nas Tabelas 1 e 2 estão representados os principais dados de interesse para caracterização geral da amostra.

Tabela 1 - Distribuição numérica e porcentual do grupo amostral.

Amostra total		n	%
		67	100
Gênero	Feminino	35	52
	Masculino	32	48
Tipo de fissura	Pré-forame	17	25
	Transforame	50	75
Procedência	Norte	5	7,5
	Nordeste	2	3
	Centro-oeste	6	9
	Sudeste	42	62,5
	Sul	12	18
Classe socioeconômica	Baixo inferior	9	13,5
	Baixo superior	49	74
	Médio inferior	7	10,5
	Médio	2	3
	Médio superior	0	0
	Alto	0	0
Tipo de prótese	PPR	35	52
	PPF	32	48
Tempo de uso das próteses até a coleta de dados	≤ 12 meses	23	34,3
	>12 meses < 24 meses de uso	6	9
	>24 meses < 60 meses de uso	21	31,3
	>60 meses de uso	17	25

Tabela 2 - Idade, índice de Placa e OHIP-14 da amostra total em média e desvio-padrão (DP).

	Média	Desvio Padrão (DP)
Idade	36	± 13,21
Índice de placa	0,58	± 0,57
OHIP-14	3,14	± 3,96

O tipo de fissura mais frequente foi a fissura transforame (n=50, 75%) seguido pela fissura pré-forame (n=17, 25%). A caracterização da amostra quanto classificação das próteses e tipos de fissura estão expostos no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Distribuição da frequência dos tipos de próteses e classificação das fissuras.

Quanto à organização dos dados referentes à distribuição demográfica, a região de origem da maioria dos pacientes foi sudeste (n=42, 62,5%), seguidos sul (n=12, 18%), centro oeste (n=6, 9%), região norte (n=5, 7,5%) e região nordeste (n=2, 3%).

Gráfico 2 - Distribuição da frequência dos pacientes por região do Brasil.

A distribuição econômica desta amostra variou de baixa inferior (BI) a média (M), sendo baixa inferior (n=9, 13,5%), baixa superior (BS) (n=49, 73%), média inferior (MI) (n=7, 10,5%), média (M) (n=2, 3%), média superior (MS) (n=0, 0%) e alta (A) (n=0, 0%) (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição numérica e percentual da classificação socioeconômica do grupo amostral.

A data da instalação e tempo de uso das próteses foram coletados nos prontuários. O tempo de uso das próteses dentárias foi classificado em 4 subitens: tempo de uso de 12 meses (n=23), entre 12 e 24 meses (n=6), entre 24 e 60 meses (n=21) e maior que 60 meses (n=17) (Tabela 3).

A necessidade de repetição das próteses ocorreu em 25 pacientes da amostra, totalizando 37% da amostra e foram classificados de acordo com o tempo de uso: menor que 12 meses (n=4), entre 12 e 24 meses (n=3), entre 24 e 60 meses (n=8) e maior que 60 meses (n=10) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual do tempo de uso das próteses.

	AMOSTRA TOTAL						AMOSTRA COM NECESSIDADE DE REPETIÇÃO/GRUPO DURABILIADE					
	PPRs		PPFs		Total		PPRs		PPFs		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
12 meses	9	13	14	21	23	34	3	4	1	1	4	6
>12 meses												
<24 meses de uso	4	6	2	3	6	9	2	3	1	1	3	4
>24 meses												
<60 meses de uso	12	18	9	13,5	21	31	8	12	0	0	8	12
>60 meses de uso	10	15	7	10,5	17	25	7	10	3	4	10	15
Total	35	52	32	48	67	100	20	30	5	7	25	37

O tempo médio de durabilidade das 25 próteses (grupo próteses refeitas) com necessidade de serem refeitas foi de 61 ± 58 meses (5 anos). O tempo médio de uso de prótese sem que houvesse necessidade de troca dos 44 pacientes restantes foi de $34,36 \pm 48$ meses (2,9 anos).

Dos 67 pacientes que compareceram aos controles de manutenção das próteses durante os 14 meses de avaliação, foi diagnosticada necessidade de nova confecção das próteses em 25 (37%) dos pacientes sendo que destas, cinco (20%) eram PPFs e 20 (80%) PPRs.

No grupo amostral de 25 próteses refeitas (37%), encontrou-se 10 causas de repetições, subdivididos em comprometimentos estéticos, funcionais e biológicos. O maior número de alterações foram relacionadas ao comprometimento biológico (Tabela 4 e Gráfico 4).

Tabela 4 - Distribuição numérica e porcentual das causas de repetições de próteses.

			PPF		PPR		TOTAL		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Comprometimento estético	3	8,82	Comprometimento dos dentes acrílicos	0	0,00	1	4,00	1	2,94
			Presença de cinta metálica cervical em área estética	2	22,22	0	0,00	2	5,88
Comprometimento funcional	15	44,12	Fratura de cerâmica	2	22,22	0	0,00	2	5,88
			Instabilidade da prótese removível	0	0,00	3	12,00	3	8,82
			Fratura do grampo de retenção	0	0,00	7	28,00	7	20,59
			Fratura de conector menor	0	0,00	2	8,00	2	5,88
			Fratura de base acrílica	0	0,00	1	4,00	1	2,94
Comprometimento biológico	16	47,06	Comprometimento periodontal	0	0,00	5	20,00	5	14,71
			Processos cariosos extensos	2	22,22	6	24,00	8	23,53
			Fratura radicular	3	33,33	0	0,00	3	8,82
Total de alterações encontradas				9	100	25	100	34	100

Gráfico 4 - Distribuição numérica e porcentual das causas de repetições de próteses.

O OHIP-14 médio da amostra total foi de $3,15 \pm 3,96$ indicando que os pacientes relataram fraca influência da condição da sua saúde oral na qualidade de vida (Tabela 5). O OHIP-14 médio do grupo que tiveram suas próteses trocadas foi de $4,4 \pm 4,43$ (grupo próteses refeitas).

Valores médios e desvio padrão do OHIP-14 e índice de placa, com variáveis de gênero, idade, tipo de prótese e do grupo de pacientes que tiveram suas próteses refeitas.

Tabela 5 - Distribuição numérica e desvio padrão do OHIP-14 e do índice de placa.

	n	%	OHIP-14 Média $\pm$ Desvio Padrão	Índice de placa Média $\pm$ Desvio Padrão
Feminino	35	52	$3,51 \pm 4,21$	$0,49 \pm 0,57$
Masculino	32	48	$2,75 \pm 3,68$	$0,69 \pm 0,56$
PPR	35	52	$3,71 \pm 3,42$	$0,75 \pm 0,61$
PPF	32	48	$2,53 \pm 4,45$	$0,40 \pm 0,44$
Pré-forame	17	25	$2,4 \pm 4,07$	$0,62 \pm 0,61$
Transforame	50	75	$3,4 \pm 3,72$	$0,47 \pm 0,43$
Próteses refeitas	25	37	$4,4 \pm 4,43$	$0,67 \pm 0,61$
Amostra total	67	100	$3,14 \pm 3,96$	$0,58 \pm 0,57$

Na comparação entre a classificação de fissuras e o OHIP-14, os valores medianos entre os dois grupos não foram grandes o suficiente para excluir a possibilidade de que a diferença é devido a variabilidade de amostragem aleatória, não há uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,573$) (Tabela 6).

Tabela 6 - Comparação entre a classificação de fissuras e o OHIP-14 fissura pelo teste de Mann-Whitney.

Grupo	n	Média	Mediana	25%	75%
Tranforame	50	3,4	2	0	5,0
Pré-forame	17	2,4	1	0	4,0

Na comparação entre o gênero e o OHIP-14 os valores medianos entre os grupos de tratamento não são grandes o suficiente para excluir a possibilidade de que a diferença é devido a variabilidade de amostragem aleatória, não há uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,514$) (Tabela 7).

Tabela 7 - Comparação entre o gênero e o OHIP-14 pelo teste de Mann-Whitney.

Grupo	n	Média	Mediana	25%	75%
Feminino	35	3,5	2,0	0,0	6
Masculino	32	2,7	1,0	0,0	4,7

Na comparação entre o tipo de prótese e o OHIP-14 há uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,020$) (Tabela 8). Significando que os pacientes reabilitados com PPRs possuem um valor maior para o OHIP-14.

Tabela 8 - Comparação entre o tipo de prótese e o OHIP-14 pelo teste de Mann-Whitney.

Grupo	n	Média	Mediana	25%	75%
PPR	35	3,7	3,0	1,0	6,0
PPF	32	2,5	0,0	0,0	2,75

Na comparação entre a classificação socioeconômica e o OHIP-14 os valores medianos entre os grupos de tratamento não são grandes o suficiente para que houvesse uma diferença estatística ($p=0,716$) (Tabela 9).

Tabela 9 - Comparação entre classificação socioeconômica e o OHIP-14, pelo teste de Kruskal-Wallis.

Grupo	n	Média	Mediana	25%	75%
Baixo inferior	9	2,44	3,0	0,00	4,0
Baixo superior	47	3,12	1,0	0,00	5,5
Médio inferior	7	3,0	2,0	0,00	5,0
Médio	2	7,5	7,5	1,00	14
Médio superior	0	0	0	0,00	0
Alta	0	0	0	0,00	0

Foi aplicado o teste de correlação de Spearman entre o OHIP-14 versus idade, existem relações significativas ($p=0,00735$), quanto maior a idade maior o valor relatado para o OHIP-14 (Tabela 10, Gráfico 5).

Tabela 10 - Correlação entre o OHIP-14 e idade pelo teste de Spearman.

OHIP X Idade	p	n
0,326	0,00735	67

Gráfico 5 - Correlação entre o OHIP-14 e idade pelo teste de Spearman.

A diferença nos valores medianos entre os grupos índice de placa e tipo de fissura não é grande o suficiente para que se afirme que há uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,574$) (Tabela 11).

Tabela 11 - Comparação entre tipo de fissura e o índice de placa pelo teste de Mann-Whitney.

Grupo	n	Média	Mediana	25%	75%
Tranforame	50	0,562	0,257	0,123	1,00
Pré-forame	17	0,662	0,356	0,161	1,00

A diferença nos valores medianos entre os grupos de índice de placa e o tipo de prótese é maior do que seria esperado, resultando em uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,018$) (Tabela 12). Os pacientes reabilitados com PPR tem maior índice de placa do que os reabilitados com PPF.

Tabela 12 - Comparação entre o tipo de prótese e índice de placa pelo Mann-Whitney.

Grupo	n	Média	Mediana	25%	75%
PPR	35	0,759	0,682	0,152	1,267
PPF	32	0,401	0,107	0,107	0,795

Não existem relações significativas entre qualquer par de variáveis na tabela entre o índice de placa versus durabilidade da prótese ($p=0,385$) (Tabela 13).

Tabela 13 - Índice de placa e durabilidade da prótese pelo teste Mann-Whitney.

Grupo	n	Média	Mediana	25%	75%
Próteses sem necessidade de troca	42	0,53	0,28	0,107	1,00
Prótese com necessidade de troca (grupo próteses refeitas)	25	0,67	0,59	0,142	1,088

Foi aplicado o teste de correlação entre o índice de placa e o grupo próteses refeitas do grupo que tiveram suas próteses com necessidades de troca (n=25), não existem relações significativas entre qualquer par de variáveis da tabela de correlação ($p=0,567$) (Tabela 14).

Tabela 14 - Índice de placa e o grupo próteses refeitas pelo teste Spearman.

Índice de placa X grupo próteses refeitas	p	n (Prótese com necessidade de troca)
0,120	0,564	25

Na diferença entre os e o grupo próteses refeitas e o tipo de prótese, não há uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,658$) (Tabela 15).

Tabela 15 - Comparação entre tipo de prótese do grupo próteses refeitas pelo teste de Mann-Whitney.

Grupo	n	Média	Mediana	25%	75%
PPR	20	50,45	48,00	21,75	69,00
PPF	5	85,2	60,00	15,00	168,00

Não existem relações significativas entre qualquer par de variáveis na tabela entre a durabilidade da prótese (grupo de próteses refeitas) e gênero dos pacientes ($p=0,368$) (Tabela 16).

Tabela 16 - Comparação entre os gêneros do grupo de próteses refeitas pelo teste de Mann-Whitney.

Grupo	n	Média	Mediana	25%	75%
Feminino	13	53,15	46,00	19,5	66,00
Masculino	12	69,66	54,00	24,00	93,00

Para comparar a distribuição da ocorrência de PPFs (n=32) ou PPRs (n=35) nos diferentes grupos de fissura tranforame e pré-forame foi aplicado o teste não paramétrico de hipótese Qui-quadrado. Não foi encontrada diferença estatisticamente significante ($p=0,831$) (Tabela 17).

Tabela 17 - Comparação entre os grupos tipo de próteses e tipo de fissura pelo teste Qui-quadrado.

Grupo	PPR		FIXA	
	n	%	n	%
Tranforame	26	52	24	48
Pré-forame	9	52,94	8	47,06

Para comparar a distribuição da ocorrência das classificações sociais BI - baixa inferior (n=9); BS - baixa superior (n=49); MI - média inferior (n=7) e M - média (n=2) nos diferentes grupos de PPFs (n=32) ou PPRs (n=35) foi aplicado o teste não paramétrico de hipótese Qui-quadrado. Não foi encontrada diferença estatística (p=0,373) (Tabela 18).

Tabela 18 - Comparação entre os grupos tipo de classificação social e tipo de prótese pelo teste Qui-quadrado.

Grupo	BI		BS		MI		M	
	n	%	n	%	n	%	n	%
PPR	4	11,42	28	80	3	8,57	0	0
PPF	5	15,62	21	65,62	4	12,5	2	6,25

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Os pacientes que apresentam fissuras labiopalatinas são afetados não somente em relação à estética facial, mas também pelas dificuldades sociais impostas pela magnitude que um defeito físico pode causar. As cirurgias primárias, tanto desejadas pela família para fechar a fissura podem resultar em deficiências no crescimento maxilar resultando em grandes discrepâncias maxilares que desencadeiam nesses indivíduos marcas perpetuadas ao longo de suas vidas.

Os profissionais que delineiam as etapas de tratamento nas idades oportunas podem concluir sua reabilitação sem a necessidade de tratamento protético, mas quando há necessidade de reabilitação protética dentária o tempo para conclusão do tratamento acaba sendo muito longo em relação à cronologia etária do paciente gerando grande ansiedade para indivíduo acometido pela fissura e sua família. Nesse contexto, pode-se afirmar que todo o processo de reabilitação interfere inevitavelmente na autoestima do paciente acarretando diversos problemas psicossociais além de interferir na qualidade de vida destes indivíduos.

Na seleção dos voluntários para este estudo foram considerados os pacientes que apresentavam fissura labiopalatina isolada não sindrômicos, uma vez que fissuras labiopalatinas associadas a síndromes apresentam etiologia, e etiopatogenia diferentes (Sözen et al 2001, Calzolari et al 2004 e Bell et al 2013). Montenegro e Brunetti (2002) afirmam que um dos fatores de importância ao indicar uma prótese para pacientes sem fissura é a avaliação quanto à capacidade motora e cognitiva que o indivíduo terá ao realizar os cuidados de manutenção. Buscando maior rigor metodológico, foram excluídos da amostra pacientes com fissura de palato isolada com relato de queixa de fala. Dessa forma propósito inicial do trabalho foi avaliar a condição clínica oral dos pacientes com fissura labiopalatina após a reabilitação com próteses dentárias no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP) e, para isso, correlacionando com a qualidade de vida desses indivíduos e não a efetividade funcional da cirurgia de palatoplastia exclusivamente e qualquer relato quanto à insatisfação com a qualidade de fala destes indivíduos, além do fato de que, a

fissura pós-forame exclusiva não resulta, obrigatoriamente, na necessidade de reabilitação estética e funcional do arco superior.

Todos os indivíduos que colaboraram com o estudo foram reabilitados com próteses dentárias assim como os estudos de Tavano (2011), Catalani (2013) e Lopes et al (2013), portanto, diferindo do que se idealiza como tratamento ideal que é baseado em mecânica ortodôntica associada ao enxerto ósseo alveolar (Garib et al 2010) seguida ou não pela cirurgia ortognática. Freitas et al (2012) afirmam que a evolução do tratamento oral do paciente com fissura é dependente do sucesso do enxerto ósseo alveolar e da discrepância inter-maxilar. Estes autores descrevem as alternativas de mecânicas ortodônticas corretivas sucessivas ao sucesso dos enxertos, todavia as más oclusões nas fissuras labiopalatinas necessitam de mecânica ortodôntica de grande complexidade e, um resultado ortodôntico ideal, pode ser prejudicado devido à proximidades das raízes às ausências ósseas da fissura; ou seja são tratamentos de conduta elaborada (Garib et al 2010) e nestes casos emprega-se a reabilitação com prótese dentárias. Ressaltando que, anteriormente ao tratamento protético reabilitador, todos os pacientes já apresentavam o histórico de terem sido submetidos às cirurgias estéticas reparadoras de lábio e palato decorrentes de fissuras labiopalatinas congênicas e sem outras indicações cirúrgicas.

Quanto à classificação das fissuras, 75% dos pacientes da amostra possuíam fissuras transforame, que compreendem fissuras que abrangem do rebordo alveolar até palato mole, o que resultam em tratamentos longos de alta complexidade (Silva Filho 2007, Mossey et al 2009 e Berggren et al 2012). Os outros 25% da amostra eram pacientes com fissuras denominadas pré-forame que podem se apresentar com envolvimento estético acometida pela ruptura labial exclusivamente (denominada de fissura pré-forame incompleta) ou, ainda, com a separação do rebordo alveolar em dois segmentos (denominada fissura pré-forame completa) (Silva Filho et al 1992). Todos os pacientes selecionados possuíam alterações estéticas decorrentes das cicatrizes das cirurgias plásticas reparadoras quer de origem primárias (quando a cirurgia plástica é realizada pela primeira vez) ou secundárias (retoque cirúrgico) e necessitaram de reposições dentárias para reanatomização estética e funcional.

A idade média dos pacientes foi de 36 anos, valores equivalentes à amostra de Foo et al (2012) com grande amplitude de variabilidade de 19 anos até 72 anos. Outras pesquisas elucidam média de idade acima de 60 anos (Wolfart et al 2005, Katsoulis et al 2011 e McKenna et al 2013). Quanto ao tipo de reabilitação protética, 52% da amostra dessa pesquisa foram pacientes reabilitados com PPRs e 45% reabilitados com PPFs (Tabela 1 e Gráfico 1), numa igualdade da divisão da amostra, contrapondo aos dados de Wolfart, Weyer e Kern (2012) que afirmam que os pacientes com PPFs são mais assíduos às consultas do que os pacientes de PPRs.

Analisando a região de origem dos pacientes, nota-se que a região que mais contribuiu com número de casos foi a sudeste, com 62,5% da amostra (Tabela 1 e Gráfico 2). A World Health Organization (2002) propôs como estratégias de enfrentamento para a reabilitação dos pacientes que os serviços especializados tivessem nos locais de origem dos pacientes; o que ocorreu com mais da metade da amostra. A região norte e nordeste com a proporção de 10,5% da amostra naturalmente relaciona-se com as dificuldades logísticas.

A distribuição percentual da assiduidade dos pacientes foi um dos dados de realce do trabalho. Dos pacientes entrevistados 34% compareceram ao retorno aos 12 meses de uso após instalação, 9% entre 12 e 24 meses de uso; 31,5% entre 24 e 60 meses de uso e 25,5% com mais de 60 meses de uso; totalizando a amostra de 67 indivíduos (100%) (Tabela 3). Em amostra semelhante, de pacientes com fissura labiopalatina reabilitados com PPRs, Catalani (2013) descreveu que a maior assiduidade dos pacientes nas consultas de retorno foi no intervalo de tempo entre 24 e 60 meses de uso.

O tempo médio de uso de próteses, ou seja, dos pacientes que tiveram indicação para a troca (n=25) foi de 61 meses ($\pm$ 58 meses) ou 5 anos, declara este um dado de relevância pois desta forma pode-se nomear um grupo como “Grupo das próteses refeitas”. Assim considera-se, para esta amostra de pacientes, longevidade média do tratamento reabilitador de uma PPR de 50,45 meses (n=20) e de 85,2 meses para PPFs (n=5) (Tabela 15), mas não há relações significantes para estes pares de variáveis, na realização de investigação estatística, assim como não houve diferenças entre os pares de variáveis, durabilidade (grupo próteses refeitas) e gênero (Tabela 16). Palaez (2012) cita valores médios de 50 meses para

longevidade dos tratamentos protéticos de sua pesquisa PPR em pacientes sem fissura labiopalatina, Bart et al (2012) refere o tempo médio de uso de PPF da sua amostra de 56 pacientes não fissurados foi de maior grandeza variando de 7 a 19 anos.

Foram encontrados durante o exame clínico 10 causas ou motivos que resultaram em necessidade de repetições das próteses dentárias; classificados em 3 categorias como comprometimento estético, comprometimento funcional e biológico (Tabela 4 e Gráfico 4), num total de 25 pacientes totalizando 34 ocorrências. As causas biológicas corresponderam aos valores de maior grandeza com 47,06%, esta disposição provavelmente refere-se aos cuidados individuais dedicados à sua saúde bucal, por esta razão a necessidade em orientar os pacientes quanto à higiene bucal (Montenegro e Brunetti 2002) com exposições orais e por meio de material impresso (Anexos 7 e 8). A segunda causa de indicação de repetição com maior proporção foram as causas funcionais com 44,12% e, sendo que em 20,59% dessas causas funcionais ocorreram fraturas de grampos de retenção; seguramente relacionados com quedas das próteses dentárias ou decorrentes de mastigação de alimentos semirrígidos (Gráfico 4) provavelmente também referido aos cuidados individuais dedicados pelos pacientes posterior à instalação das próteses dentárias (Montenegro e Brunetti 2002).

O propósito inicial deste trabalho foi correlacionar a qualidade de vida de pacientes com próteses dentárias com as características da sua saúde bucal, hipótese nula de que não há correlação entre a reabilitação oral com prótese dentária com a qualidade de vida, nos pacientes com fissura labiopalatina. Uma boa qualidade de vida reflete-se ao conjunto de fatores que têm pesos individuais, dentre inúmeros itens é incluído adaptabilidade e capacidade de se manter otimista ante à diversidade, à saúde, à estabilidade financeira, às amizades, às expectativas futuras, senso de humor, perspectiva positiva sobre a vida; ou seja representa um aspecto subjetivo (Niesten, van Mourik e van der Sand 2012). É possível que uma pessoa se adeque à sociedade e usufrua dos prazeres que a vida tem a oferecer nem que para isso precise vencer as dificuldades do preconceito pessoal e sociocultural. A qualidade de vida envolve a percepção do indivíduo sobre seu estado de saúde e sobre o contexto de sua vida, e com o grau de satisfação do pacientes em várias esferas da sua vida (familiar, amorosa, social e ambiental). A saúde bucal faz parte

deste contexto, e dentro de outros fatores reunidos como melhoria da capacidade mastigatória (Lopes et al 2002, Pinto et al 2010, Tavano 2011, Lynch 2012 e Montero et al 2013) e aprimoramento estético (Lopes et al 2002, Pinto et al 2010 e Montero et al 2013) permitindo que o paciente se sinta completamente reabilitado ao finalizar seu tratamento.

A finalização do tratamento das fissuras labiopalatinas no Brasil é delongado e adia a sensação da boa qualidade de vida dos pacientes envolvidos (Pinto e Lopes 2007 e Lopes et al 2013). A média de idade dos pacientes de 36 anos confirma pertencerem à idade adulta, assim como Catalani (2013). São pacientes que encerraram o tratamento com a reabilitação oral, mas ainda estão frequentando os atendimentos do HRAC-USP buscando minimizar a frustração do fóbico social em desejo inserção ao coletivo.

Este estudo foi proposto com a intenção de estimar como estão distribuídos os valores de Qualidade de Vida relacionada à Saúde Bucal (QVRSB), dos pacientes com fissura labiopalatina reabilitados pelo HRAC-USP por meio do questionário internacionalmente conhecido como "*Oral Health Impact Profile*" (OHIP-14), desenvolvido e aplicado por Slade (1997). Este questionário permite transpor ideias subjetivas em valores numéricos passíveis de serem confrontados com dados anunciados na literatura.

O Impacto QVRSB é transcrito numericamente pelo questionário OHIP-14 e defende que este é um instrumento de estudo da saúde oral utilizado por Berretin-Felix et al (2008), Castrejón-Pérez e Borges-Yáñez (2012) e Foo et al (2012) e possível de ser usado entre os diferentes grupos da população. O questionário nomeado como OHIP é composto de questões padronizadas que mede a percepção dos impactos adversos das condições orais sobre bem-estar e qualidade de vida das pessoas. Ele foi desenvolvido no Sul da Austrália e foi testado e validado na Austrália (Slade 1997) e em várias populações, Bae et al (2006) com coreanos, Pires, Ferraz e Abreu (2006) e Berretin-Felix et al (2008) com brasileiros; Botello-Harbaum et al (2012) com afro-americanos; Castrejón-Pérez e Borges-Yáñez (2012) em espanhóis e Foo et al (2012) com australianos.

O OHIP-14 é uma versão condensada do levantamento de 49 questões originais e demonstra que têm boa confiabilidade, validade e precisão (Slade 1997 e Pires, Ferraz e Abreu 2006). Foi validado para o português por Oliveira e

Nadanovsky (2005). Nesse quesito, Berretin-Felix et al (2008) afirmam que o OHIP-14 é um questionário de excelente aplicabilidade para a pesquisa sobre qualidade de vida após a reabilitação oral do indivíduo por ser específico para alterações bucais. O valor numérico final do questionário OHIP-14 é atingido pela somatória das 14 questões numa escala de Likert onde são atribuídos valores que podem variar de zero a 56 (Dahl et al 2011, Montero et al 2013 e Valladares Neto 2013). Quanto menor o valor do OHIP-14, menos a saúde bucal do indivíduo está interferindo na sua qualidade de vida.

Com relação aos valores citados como parâmetros para uma população padrão é de OHIP-14= 3,6 (Montero et al 2013) e de OHIP-14= 3,6 (Valladares Neto 2013). Nesta pesquisa, o valor médio encontrado para o OHIP-14 foi de $3,15 \pm 3,96$ o que indica que os pacientes da amostra informaram que a sua saúde bucal está tão gratificante a ponto de não influenciar na sua qualidade de vida, lembrando que os valores podem variar de zero a 56; ressalta-se assim a importância do tratamento protético reabilitador do paciente com fissura labiopalatina impossibilitado de conclusão do seu tratamento exclusivamente com mecânica ortodôntica. Em pesquisa semelhante com 45 pacientes também com fissuras labiopalatinas, Catalani (2013), encontrou que os escores mais frequentes para o OHIP-14 foram zero e 1 valores igualmente de baixa grandeza e desejados pelos pesquisadores, portanto.

Quando comparamos os tipos de fissuras apresentados pelos pacientes da amostra, os valores do OHIP-14 para as fissuras pré-forame foram de $2,4 (\pm 3,72)$ sendo menores que valores relatados pelos pacientes com fissuras transforame que foi de $3,4 (\pm 4,07)$ (Tabela 5); o que significa que os pacientes com fissura pré-forame têm a QVRSB maior que a dos pacientes transforame diferentemente do esperado (Tabela 6), mas estes valores não trouxeram diferenças estatísticas ($p=0,573$), haja vista as fissuras transforame serem de maior complexidade (Silva Filho 2007). As fissuras pré-forame afetam somente os lábios ou os lábios até o englobar o rebordo alveolar com envolvimento estético (Silva Filho e Souza Freitas 2007), razão pela qual os valores poderiam ser quando comparados aos valores do OHIP-14 das fissuras transforame, que atingem também o palato mole.

Ao analisar os valores numéricos do OHIP-14 do grupo de pacientes que tiveram suas próteses trocadas, grupo de próteses refeitas ($n=25$) valores do OHIP-

14 foram mais altos do que os da amostra total ($4,4 \pm 4,43$) (Tabela 5). O que significa a menor QVRSB do grupo amostral total, naturalmente este dado se destaca pois este é justamente o grupo que teve suas próteses com necessidade de troca o que denota que os pacientes no momento da entrevista estavam com queixas na prótese dentária, insatisfeitos com sua saúde bucal. Estas insatisfações podem estar intimamente relacionadas com a complexidade dos casos e planejamento que envolvem a proximidade das fissuras.

Quanto à divisão por gêneros, os valores do OHIP-14 dos pacientes femininos ($3,51 \pm 4,21$) foram maiores que os valores masculinos ($2,75 \pm 3,68$) (Tabela 5), valores baixos assim como os citados por Catalani (2013). O que indica que os pacientes homens da amostra informaram que a sua saúde bucal está tão gratificante a ponto de não influenciar na sua qualidade de vida, em valores numéricos mais expressivos do que os relatados pelas mulheres da amostra. Este dado refere-se principalmente pelo fato das mulheres terem maior atenção com sua aparência, mas estes dados não têm significância estatística ($p=0,514$) (Tabela 7); assim como Foo et al (2012), cujos valores do OHIP-14 também não demonstraram diferenças estatísticas entre homens e mulheres na população de pacientes com fissuras labiopalatinas. Já Botello-Harbaum et al (2012) afirmam que as mulheres têm OHIP-14 mais alto que os homens (para amostra de pacientes sem fissura labiopalatina), com significância estatística, assim como Özhayat e Gotfredsen (2013) reafirmam estes dados com os pacientes do gênero feminino sem fissura labiopalatina reabilitadas com PPR e Listl et al (2012) para as pacientes sem fissura.

Quanto à divisão de grupos, PPRs ($n=35$) e PPFs ($n=32$), os valores do OHIP-14 para os pacientes reabilitados com PPRs foram de $3,71 \pm 3,42$ e apresentaram-se maiores que os pacientes reabilitados com PPFs cujos valores para o OHIP-14 foram de $2,53 \pm 4,45$ (Tabela 5) com diferença estatística ($p=0,020$ teste de Mann-Whitney) (Tabela 8).

As PPRs são amplamente realizadas principalmente quando é avaliado poucos dentes suportes, sequestros ósseos de importância para a saúde periodontal dos dentes adjacentes, para substituir cirurgias ortognáticas nos casos de maxilas atrésicas concomitante às ausências dentárias múltiplas. O desconforto do paciente por ter que remover a prótese para higienização ou o aspecto estético dos grampos de retenção provavelmente são evidências de justificativa dos valores do OHIP-14

das PPRs estarem maiores, estatisticamente, que os das PPFs (Tabela 8). Özhayat e Gottfredsen (2013) divulgaram em sua pesquisa que as mulheres reabilitadas com PPRs foram o grupo que relatam os valores mais altos para o OHIP-14, mas que não há diferenças estatísticas entre os valores de OHIP-14 para os grupos PPR e PPF de pacientes também sem fissuras. Listl et al (2012) e Montero et al (2013) evidenciam a gravidade da deficiência clínica como parâmetro de alteração dos valores do OHIP, Bae et al (2006) relatam não ter encontrado diferenças estatisticamente significante entre os pacientes reabilitados com próteses totais (PTs) com os reabilitados com próteses parcial removível (PPRs) ao aplicar o OHIP-49 em pacientes sem fissura labiopalatina.

A comparação entre grupos OHIP-14 e classificação econômica (Tabela 9), pelo teste de Kruskal-Wallis, não trouxe nenhum valor digno de significância, não podemos, portanto, afirmar qualquer relação entre a QVRSB com a classificação socioeconômica. Bastos (2009) afirma que pacientes jovens sem fissura labiopalatina com origem da periferia ou do centro da cidade de Bauru não são negativamente mais afetados em termos de qualidade de vida quando avaliou índice de cárie dentária. Valladares Neto (2013) também afirma que a QVRSB não é afetada pelos fatores socioeconômicos.

Quando correlacionamos a idade dos pacientes avaliados com o valor do OHIP-14 (Tabela 10) aplicando o teste de Spearman, os resultados demonstraram que existem relações significativas entre a idade e o OHIP-14 ($p=0,00735$). No Gráfico 5, a linha ascendente tanto para o número do OHIP-14 quanto para a idade significa que paciente com maior idade tem maior OHIP-14, ou seja, menor QVRSB. Foo et al (2012) não encontrou diferenças estatísticas com a correlação de dados do OHIP-14 com idade numa amostra de pacientes com fissuras labiopalatina diferentemente deste estudo. Em contrapartida, Listl et al (2012) e Özhayat e Gottfredsen (2013) afirmam que quanto maior a idade menor o relato de que a saúde bucal interfira na qualidade de vida independente se o paciente recebeu PPR ou PPF; assim como Botello-Harbaum et al (2012) afirmaram que na população de afro-americanos quanto maior a idade, menor os valores do OHIP-14 e consequentemente maior a QVRSB, dados que diferem dos encontrados nesta pesquisa.

Com relação aos fatores biológicos, podemos ressaltar que saúde bucal está intimamente relacionada com a presença ou não de placa bacteriana, que é o acúmulo de colônias bacterianas firmemente aderidas na superfície dos dentes ou outras superfícies sólidas bucais (Heschl et al 2013). No estudo de populações com fissura labiopalatinas, Almeida et al (2009) encontraram que as características periodontais dos pacientes com fissura labiopalatina são semelhantes aos sem fissura. Em estudo atual e também com a população de pacientes com fissuras labiopalatinas, Catalani (2013) apontou que os escores para o índice de placa nos pacientes com fissuras foram altos. Nos pacientes desta pesquisa, os valores para o índice de placa foram baixos diferindo dos valores de Catalani que constatou valores de médio a altos para o índice de placa em pacientes reabilitados com PPR. O mesmo autor não demonstrou existência de diferenças em escores de dentes pilares e não pilares como encontrado por Zlatarić, Celebić e Valentić-Peruzović (2002) que afirma que os dentes pilares possuem maiores escores do índice de placa; e Heschl et al (2013) afirmam que o índice de placa de pacientes reabilitados com próteses fixas tende a aumentar com o passar do tempo da instalação, reforçando a importância dos controles periódicos e orientações de higiene oral.

A placa bacteriana se desenvolve sobre uma fina camada composta de proteínas e glicoproteínas existente de forma fisiológica nas superfícies dentárias com importância de proteção do esmalte (Tarbet 1982 e Heschl et al 2013). Os valores encontrados são irrelevantes para os índices de placa bacteriana assim como Silva et al (2006) encontraram que 1/3 da população pesquisada de paciente com fissura labiopalatina não tinha placa bacteriana mas enfatiza que a higienização bucal deve ser estimulada (Catalani 2013) para que se remova ou desorganize estas camadas bacterianas impedindo seu desenvolvimento; caso esta desorganização não ocorra, a placa fica com uma espessura onde a camada mais próxima ao dente, ou seja, a camada mais interna entra em anaerobiose resultando em ambiente com acidez capaz de desmineralizar a superfície dentária e iniciar o processo de desenvolvimento de cárie (Tarbet 1982).

Na comparação intergrupos do índice de placa bacteriana e os tipos de fissura (transforame e pré-forame) pela aplicação do teste de Whitney, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa (Tabela 11) atestando que

indiferente do tipo de fissura labiopalatina congênita que o paciente possui, o padrão de higiene oral é equivalente.

No que tange à recomendação sobre as consultas de controles após a instalação da prótese enfatizadas por Montenegro e Brunetti (2002) e Lynch (2012), nos faz pensar sobre a diferença entre os grupos PPRs e PPFs quanto ao acúmulo da placa bacteriana. Com o intuito de analisar os valores placa bacteriana e sua referência com o tipo de próteses, aplicou-se o teste de Mann-Whitney e os resultados foram que os indivíduos reabilitados com PPRs possuíam maior índice de placa do que os pacientes reabilitados com PPFs, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,018$) (Tabela 12), o que certifica que pacientes que foram reabilitados com PPRs possuem o padrão de higiene oral inferior ao grupo reabilitado com PPFs (Tabela 12). Müller et al (2013) afirma que a complexidade do tratamento protético, idade elevada, status socioeconômico, diabetes mellitus, perda óssea inicial e a periodontite agressiva são fatores que contribuem significativamente para a perda do dente devido às dificuldades na higienização.

A concentração de placa bacteriana sobre a superfície dentária é vinculada aos efeitos biológicos de fracassos das próteses dentárias. Com o intuito de certificar este encadeamento, aplicou-se o teste de Mann-Whitney relacionando os grupos de próteses com necessidade de troca, grupo próteses refeitas ($n=25$) e o grupo de próteses sem necessidade de troca ($n=42$) e não foi encontrado dados significativos ($p=0,385$) (Tabela 13). Assim como aplicou-se o teste de correlação de Spearman entre o índice de placa e o grupo das próteses que tiveram necessidade de troca (Tabela 14) e também não foi encontrado dados estatisticamente significante ($p=0,564$); ou seja, os pacientes que têm maior índice de placa não possuem uma menor durabilidade de prótese. Os indivíduos que utilizavam as próteses com necessidade de troca (durabilidade) possuíam os maiores índices de placa, mas neste estudo, os resultados não foram evidentes o suficiente para afirmar que estes valores ocorreram ao acaso.

Ainda neste contexto, dos 67 pacientes analisados, 25 necessitaram troca de suas próteses. A amostra de número 25 referente ao número de trocas necessárias é uma amostra pequena. As PPRs demonstraram-se menos duradouras que as PPFs, mas não estatisticamente significante ($p=0,658$) (Tabela 15). Procurou-se também uma correlação significativa entre os gêneros e a durabilidade

(grupo das Próteses Refeitas) (Tabela 16) e apesar dos resultados indicarem que os valores médios masculinos são superiores, não há correlação significativa ($p=0,368$), ou seja, a durabilidade de uma prótese dentária realizada pelo HRAC-USP no paciente com fissura de labiopalatina independe do gênero e do tipo de prótese instalada, pois as variáveis gênero/durabilidade (grupo das próteses refeitas) e tipo de prótese não são significantes. Na Tabela 15 avalia-se que menos que 25% da amostra durou menos que 21 meses e que entre 50% - 75% da amostra durou menos que 69 meses.

Este trabalho trouxe resultados importantes coletados durante o intervalo de 14 meses; assim, 67 pacientes puderam ser entrevistados sendo que 52% eram pacientes reabilitados com PPRs e 48% com PPFs. Quanto à investigação sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal verificou-se que não é influenciada por fatores como gênero, classificação econômica e com o tipo de fissura. Estatisticamente, quanto maior a idade, maior é o relato de que a saúde bucal interfira na qualidade de vida. Os indivíduos reabilitados com próteses parciais removíveis têm, estatisticamente, maior relato de que a saúde bucal interfira na sua qualidade de vida. A durabilidade média dos procedimentos protéticos foi de 50,45 meses para PPR e de 85,2 meses para próteses fixas sem diferenças estatísticas significantes para os dois grupos, mas os dados não são suficientes em permitir datar uma alta hospitalar.

Diante do exposto nota-se que deva existir uma maior interdisciplinaridade entre as diversas áreas do conhecimento das áreas da saúde, objetivando reconhecer o paciente como um todo. A prótese dentária é conceituada como uma das bases do tratamento multidisciplinar oferecido em âmbito hospitalar, mas deve não somente reabilitar o paciente quanto à sua função mastigatória ou para melhoria estética e sim trazer um benefício global ao indivíduo. Assim, o cuidado especializado do protesista é fundamental não apenas no tratamento e manutenção da reabilitação oral, mas também na preservação da saúde sistêmica do indivíduo associada à qualidade de vida.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

Baseado nos resultados deste estudo pode-se concluir que a reabilitação com prótese dentária não teve impacto negativo nos pacientes com fissura labiopalatina, confirmando a hipótese nula.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Almeida AL, Gonzalez MK, Gregghi SL, Conti PC, Pegoraro LF. Are teeth close to the cleft more susceptible to periodontal disease? *Cleft Palate Craniofac J*. 2009;46(2):161-5.
- Bae KH, Kim C, Paik DI, Kim JB. A comparison of oral health related quality of life between complete and partial removable denture-wearing older adults in Korea. *J Oral Rehabil*. 2006;33(5):317-22.
- Bart I, Dobler B, Schmidlin K, Zwahlen M, Salvi GE, Lang NP, Bragger U. Complication and failure rates of tooth-supported fixed dental prostheses after 7 to 19 years in function. *Int J Prosthodont*. 2012;25(4):360-7.
- Bastos RS. Impacto das condições de saúde bucal em relação à qualidade de vida de adolescentes escolares de 15 a 19 anos, numa dicotomia socioeconômica, no município de Bauru, São Paulo, em 2009 [tese]. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2009.
- Bell JC, Raynes-Greenow C, Bower C, Turner RM, Roberts CL, Nassar N. Descriptive epidemiology of cleft lip and cleft palate in Western Australia. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2013;97(2):101-8.
- Berggren H, Hansson E, Uvemark A, Svensson H, Becker M. Prenatal compared with postnatal cleft diagnosis: what do the parents think? *J Plast Surg Hand Surg*. 2012;46(3-4):235-41.
- Berretin-Felix G, Nary Filho H, Padovani CR, Machado WM. A longitudinal study of quality of life of elderly with mandibular implant-supported fixed prostheses. *Clin Oral Implants Res*. 2008;19(7):704-8.
- Botello-Harbaum MT, Matthews AG, Collie D, Vena DA, Craig RG, Curro FA, et al. Level of oral health impacts among patients participating in PEARL: a dental practice-based research network. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012;40(4):332-42.
- Calzolari E, Bianchi F, Rubini M, Ritvanen A, Neville AJ; EUROCAT Working Group. Epidemiology of cleft palate in Europe: implications for genetic research. *Cleft Palate Craniofac J*. 2004;41(3):244-9.
- Castrejón-Pérez RC, Borges-Yáñez SA. Derivation of the short form of the Oral Health Impact Profile in Spanish (OHIP-EE-14). *Gerodontology*. 2012;29(2):155-8.

Catalani DT. Avaliação dos dentes pilares e não pilares de indivíduos com fissura labiopalatina reabilitados com prótese parcial removível [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2013.

Dahl KE, Wang NJ, Holst D, Ohrn K. Oral health-related quality of life among adults 68-77 years old in Nord-Trøndelag, Norway. *Int J Dent Hyg*. 2011;9(1):87-92.

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

Freitas JA, Garib DG, Trindade-Suedam IK, Carvalho RM, Oliveira TM, Lauris R de C, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies-USP (HRAC-USP)--part 3: oral and maxillofacial surgery. *J Appl Oral Sci*. 2012;20(6):673-9.

Garib DG, Silva Filho OG, Janson G, Pinto JHN. Etiologia das más oclusões: perspectiva clínica (parte III) – fissuras labiopalatinas. *Rev Clin Ortod Dental Press*. 2010;9(4):30-6.

Graciano MIG. Estudo socioeconômico: um instrumento técnico-operativo. São Paulo: Veras; 2013. p. 203.

Heschl A, Haas M, Haas J, Payer M, Wegscheider W, Polansky R. Maxillary rehabilitation of periodontally compromised patients with extensive one-piece fixed prostheses supported by natural teeth: a retrospective longitudinal study. *Clin Oral Investig*. 2013;17(1):45-53.

Katsoulis J, Nikitovic SG, Spreng S, Neuhaus K, Mericske-Stern R. Prosthetic rehabilitation and treatment outcome of partially edentulous patients with severe tooth wear: 3-Years results. *J Dent*. 2011;39(10):662-71.

Listl S, Behr M, Eichhammer P, Tschernig R. The psychological impact of prosthodontic treatment--a discrete response modelling approach. *Clin Oral Investig*. 2012;16(3):997-1006.

Löe H. The gingival index, plaque index and the retention index systems. *J Periodontol*. 1967;38(6):Suppl 610-6.

Lopes JFS, Pinto, JHN, Lopes MMW, Souza OMV Reabilitação Oral de paciente com fissura labiopalatina e grandes discrepâncias maxilomandibulares. In: Carreiro AFP, Batista AUD. *Prótese parcial removível contemporânea*. São Paulo: Santos; 2013. p. 351-60.

- Lopes MMW, Bonfante G, Lopes JFS, Pinto JHN. Próteses parciais removíveis não - convencionais empregadas no Hospital de Anomalias Craniofaciais - USP - Bauru. *Revista Brasileira de Prótese Clínica & Laboratorial*, Curitiba. 2002;4(21):420-6.
- Lynch CD. Successful removable partial dentures. *Dent Update*. 2012;39(2):118-6.
- Martelli DR, Machado RA, Swerts MS, Rodrigues LA, Aquino SN, Martelli Júnior H. Non syndromic cleft lip and palate: relationship between sex and clinical extension. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2012;78(5):116-20.
- McKenna G, Allen PF, Woods N, O'Mahony D, DaMata C, Cronin M, et al. A preliminary report of the cost-effectiveness of tooth replacement strategies for partially dentate elders. *Gerodontology*. 2013;30(3):207-13.
- Montenegro LFB, Brunetti RF. Higienização do idoso com reabilitações bucais. In: Brunetti RF, Montenegro LFB. *Odontogeriatrica: noções de interesse clínico*. São Paulo, Artes médicas; 2002. p. 333-60.
- Montero J, Castillo-Oyagüe R, Lynch CD, Albaladejo A, Castaño A. Self-perceived changes in oral health-related quality of life after receiving different types of conventional prosthetic treatments: a cohort follow-up study. *J Dent*. 2013;41(6):493-503.
- Mossey PA, Little J, Munger RG, Dixon MJ, Shaw WC. Cleft lip and palate. *Lancet*. 2009;374(9703):1773-85.
- Müller S, Eickholz P, Reitmeir P, Eger T. Long-term tooth loss in periodontally compromised but treated patients according to the type of prosthodontic treatment. A retrospective study. *J Oral Rehabil*. 2013;40(5):358-67.
- Nagem Filho H, Morais N, Rocha RGF. Contribuição para o estudo de prevalência das máis-formações congênitas lábio-palatais na população escolar de Bauru. *Rev Fac Odontol Univ São Paulo*. 1968;6(2):111-28.
- Nielsen D, van Mourik K, van der Sanden W. The impact of having natural teeth on the QoL of frail dentulous older people. A qualitative study. *BMC Public Health*. 2012;12(1):839.
- Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(4):307-14.
- Özhayat EB, Gotfredsen K. Effect of treatment with fixed and removable dental prostheses. An oral health-related quality of life study. *J Oral Rehabil*. 2012;39(1):28-36.

- Özhayat EB, Gotfredsen K. Oral health-related quality-of-life in patients to be treated with fixed or removable partial dental prostheses. *Acta Odontol Scand*. 2013;71(1):113-9.
- Pelaez J, Cogolludo PG, Serrano B, Serrano JF, Suarez MJ. A four-year prospective clinical evaluation of zirconia and metal-ceramic posterior fixed dental prostheses. *Int J Prosthodont*. 2012;25(5):451-8.
- Pinto JHN, Lopes JFS, Gelmini M, Lopes MMW, Tavano RD. Próteses parciais removíveis não convencionais. In: Lubiana NF, Bonfante G, Taddeu Filho M, organizadores. *Pro-odonto prótese ciclo 1 módulo 2 ABO*. Porto Alegre-RS: Artmed/Panamericana, 2010. p. 79-112.
- Pinto JHN, Lopes JFS. Reabilitação oral com prótese dentária. In: Trindade IEK, Silva Filho OG. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Santos; 2007. p. 261-74.
- Pires CP, Ferraz MB, de Abreu MH. Translation into Brazilian Portuguese, cultural adaptation and validation of the oral health impact profile (OHIP-49). *Braz Oral Res*. 2006;20(3):263-8.
- Silva Filho OG, Ferrari FM Junior, Rocha DL, Freitas JAS. Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. *Rev Bras Cir*. 1992;82(2):59-65.
- Silva Filho OG, Souza Freitas JA. Caracterização morfológica e origem embrionária. In: Trindade IEK, Silva Filho OG. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Santos; 2007. p. 17-50.
- Silva Filho OG. Crescimento facial. In: Trindade IEK, Silva Filho OG. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Santos; 2007. p. 173-98.
- Silva TLATLA, Lopes JFS, Pinto JHN, Almeida ALPF. Avaliação periodontal de dentes pilares em próteses parciais removíveis, não convencionais – de recobrimento – “overlay”. *PCL Rev Ibero-Am Prot Clín Laboratorial*. 2006;8(42):338-47.
- Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997;25(4):284-90.
- Sousa PC, Mendes FM, Imparato JC, Ardenghi TM. Differences in responses to the Oral Health Impact Profile (OHIP14) used as a questionnaire or in an interview. *Braz Oral Res*. 2009;23(4):358-64.

Sözen MA, Suzuki K, Tolarova MM, Bustos T, Fernández Iglesias JE, Spritz RA. Mutation of PVRL1 is associated with sporadic, non-syndromic cleft lip/palate in northern Venezuela. *Nat Genet.* 2001;29(2):141-2.

Spina V, Psillakis, JM, Lapa, FS, Ferreira MC. Classificação das fissuras lábiopalatinas: sugestão de modificação. *Rev Clin Fac Med São Paulo.* 1972;27(1):5-6.

Tarbet WJ. Denture plaque: quiet destroyer. *J Prosthet Dent.* 1982;48(6):647-52.

Tavano RD. Avaliação da eficiência e capacidade mastigatória em pacientes com fissuras labiopalatinas reabilitados com prótese de recobrimento [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2011.

Valladares Neto J. Avaliação da qualidade de vida em adultos com deformidade dentofacial de Classe III [tese]. São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2013.

Wehby GL, Goco N, Moretti-Ferreira D, Felix T, Richieri-Costa A, Padovani C, et al. Oral cleft prevention program (OCP). *BMC Pediatr.* 2012;12(1):184.

Wolfart S, Heydecke G, Luthardt RG, Marré B, Freesmeyer WB, Stark H, et al. Effects of prosthetic treatment for shortened dental arches on oral health-related quality of life, self-reports of pain and jaw disability: results from the pilot-phase of a randomized multicentre trial. *J Oral Rehabil.* 2005;32(11):815-22.

Wolfart S, Weyer N, Kern M. Patient attendance in a recall program after prosthodontic rehabilitation: a 5-year follow-up. *Int J Prosthodont.* 2012;25(5):491-6.

World Health Organization. Global strategies to reduce the health-care burden of craniofacial anomalies. Report of WHO meetings on International Collaborative Research on craniofacial Anomalies: WHO human Genetics Programme; Geneva, Switzerland; 2002. p. 140-1.

Zlatarić DK, Celebić A, Valentić-Peruzović M. The effect of removable partial dentures on periodontal health of abutment and non-abutment teeth. *J Periodontol.* 2002;73(2):137-44.

ANEXOS

ANEXO 1

Ofício nº 117/2011-SVAPEPE-CEP

Bauru, 27 de abril de 2011

Prezado(a) Senhor(a)

O projeto de pesquisa encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, denominado "**Avaliação da longevidade do tratamento reabilitador de indivíduos com fissura labiopalatina**", de autoria de **MONICA MORAES WALDEMARIN LOPES** desenvolvido sob sua orientação, foi enviado ao relator para avaliação.

Na reunião de **26 de abril de 2011**, o parecer do relator **aprovando o projeto**, foi aceito pelo Comitê, considerando que não existem infrações éticas pendentes para início da pesquisa. Solicitamos a V.Sa. a gentileza de comunicar o parecer ao(à) pesquisador(a).

O(A) pesquisador(a) fica responsável pela entrega na SVAPEPE – Apoio ao Projeto de Pesquisa dos relatórios semestrais, bem como, comunicar ao CEP todas as alterações que possam ocorrer no projeto.

Informamos que após o recebimento do trabalho concluído, este Comitê enviará o parecer final para publicação do trabalho.

Atenciosamente,

PROFA. DRA. MÁRCIA RIBEIRO GOMIDE
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HRAC-USP

Ilmo(a). Sr(a).

DRA. ANA LÚCIA POMPEIA FRAGA DE ALMEIDA

Periodontia – HRAC/USP

ANEXO 2

HOSPITAL DE REABILITAÇÃO
DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Serviço de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão
Seção de Apoio à Pesquisa

Ofício nº 109/2013-SVAPEPE-CEP

Bauru, 26 de setembro de 2013.

Prezada Senhora

O projeto de pesquisa intitulado "**Avaliação da longevidade do tratamento reabilitador de indivíduos com fissura labiopalatina**", de autoria de V.Sa., foi aprovado pelo CEP em 26/04/2011. Na reunião realizada em 24/09/2013, a alteração do título para: "**Impacto na qualidade de vida de indivíduos com fissura labiopalatina reabilitados com próteses dentárias**" foi aprovada.

Informamos que após o recebimento do trabalho concluído, este Comitê enviará um parecer final que poderá ser utilizado para publicação do trabalho.

Atenciosamente,

PROFA. DRA. MARCIA RIBEIRO GOMIDE
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HRAC-USP

Ilma. Sra

Mônica Moraes Waldemarin Lopes

A/C

Profa. Dra. Ana Lucia Pompéia Fraga de Almeida

Periodontia – HRAC/USP

Rua Silvio Marchione, 3-20 Bauru SP Brasil
CEP 17.012-900
Tel. 55 14 3235 8421
E-mail: cep@centrinho.usp.br

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr(a) _____, portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa deste documento, devidamente explicado pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa:

“IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS COM FISSURA LABIOPALATINA REABILITADOS COM PRÓTESES DENTÁRIAS”

realizada por: MONICA MORAES WALDEMARIN LOPES nº do Conselho: 66656, sob orientação da Profa. Dra. ANA LÚCIA POMPÉIA FRAGA DE ALMEIDA, nº do Conselho: 42720; que tem como objetivo: **avaliar e controlar as próteses odontológicas instaladas no setor de prótese do HRAC-USP, por meio de exame clínico e radiográfico**. O exame clínico terá duração de 60 minutos, constará de avaliação da higiene oral dos dentes e da prótese, avaliação indolor dos dentes pilares da prótese por meio de sonda periodontal e aplicação de uma questionário.

"Caso o sujeito da pesquisa queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, do HRAC-USP USP, pelo endereço Rua Silvio Marchione, 3-20 no Serviço de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão ou pelo telefone (14) 3235 8421".

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Capítulo VI Art. 9 do Código de Ética Odontológico).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

* CAMPO A SER PREENCHIDO PELO REPRESENTANTE LEGAL DO MENOR OU INCAPAZ

Nome do Pesquisador Responsável: MÔNICA MORAES WALLDEMARIN LOPES
R. SILVIO MARCHIONE, 3-20
Cidade: BAURU - U.F.: SP CEP: 17043-900 14 3235-8086
E-mail: monicamoraes@usp.br

ANEXO 4

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
Permissão para uso de imagem para fins científicos

Eu, _____, brasileiro____,
residente no endereço _____,
na cidade de _____ - _____, inscrito(a) no Registro Geral sob o número da carteira
de identidade _____, permito ao(s) Dr(s) MONICA MORAES
WALDEMARIN LOPES e ANA LÚCIA POMPEIA FRAGA DE ALMEIDA o uso e publicação de
minhas imagens fotográficas e/ou radiográficas para fins científicos. Estou ciente de que não
serei remunerado(a) pelo uso destas imagens.

Entendo que poderei ser reconhecido(a) por terceiros e que minhas fotografias e/ou
radiografias poderão ser publicadas na internet e serem acessadas pelo público em geral,
embora haja sigilo quanto às informações pessoais. Os profissionais citados acima e/ou os
responsáveis pelo uso das imagens não poderão ser responsabilizados pela eventual utilização
inadequada das mesmas. As imagens fotográficas serão somente do terço inferior da face sem
que apareçam os olhos.

Estou ciente de que, caso não aceitasse assinar este termo, receberia dos profissionais
citados acima a mesma qualidade de atendimento e tratamento.

_____, ____ de _____ de 20____.

Assinatura: _____

Nome do Paciente: _____

ANEXO 5

NOME: _____

CIDADE: _____

DATA DE NASC: ____/____/____

FICHA CLÍNICA DE COLETA DE DADOS

Sexo Feminino ☐
Masculino ☐

Tipo de fissura Transforame ☐
Pré forame ☐

Procedência Norte ☐ Nordeste ☐
Centro-oeste ☐ Sudeste ☐
Sul ☐

Classe sócio econômica Baixo inferior ☐
Baixo superior ☐
Médio inferior ☐ Médio ☐
Medio superior ☐ Alto ☐

Tipo de prótese
Prótese Parcial Removível (PPRs) ☐
Recobrimento vertical ☐
Recobrimento horizontal ☐
Protese Parcial Fixa (PPFs) ☐

Tempo de uso das próteses até a coleta de dados
≤ 12 meses ☐
>12 meses < 24 meses de uso ☐
>24 meses < 60 meses de uso ☐
>60 meses de uso ☐

Necessidade de troca da prótese
sim ☐ não ☐

Causas estéticas de Repetição da Prótese
Queixas sobre a cor ☐
presença de cinta metálica cervical ☐

Causas funcionais de Repetição da Prótese
soltura da prótese fixa ☐
fratura ou trinca de cerâmica ☐
instabilidade da prótese removível ☐
queixa de dor sem causa definida ☐
fratura do grampo de retenção ☐
soltura de dentes artificiais ☐
fratura de conector menor ☐
fratura de base acrílica ☐

Biológica de Repetição da Prótese
comprometimento periodontal ☐
processos cariosos extensos ☐
fratura radicular ☐
lesões endodônticas ☐

Índice de Placa (LÖE, 1967)

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

0= ausência de placa;

1= uma película de placa na cervical apenas visualizada, após correr uma sonda pela superfície do dente;

2= acúmulo moderado dentro da bolsa ou visualizada a olho nu;

3= acúmulo abundante de placa dentro da bolsa e próximo a margem gengival

ANEXO 6

Paciente: _____ RG (hospital) _____

Data: ____/____/____

OHIP-14 (Slade)						
Este questionário identifica como o paciente percebe a sua própria saúde oral: As perguntas devem ser preenchidas baseadas na realidade vivida durante os últimos 6 meses.						
Valores diagnósticos: Valor final é a soma das 14 respostas, podendo variar de zero a 56 com os maiores valores indicando pobre saúde oral relacionada com a qualidade de vida do paciente.						
Limitação Funcional						
1	Você teve problemas para falar alguma palavra?	Nunca (0)	Quase Nunca (1)	Às vezes (2)	Quase sempre (3)	Sempre (4)
2	Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?	Nunca (0)	Quase Nunca (1)	Às vezes (2)	Quase sempre (3)	Sempre (4)
Dor física						
3	Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?	Nunca (0)	Quase Nunca (1)	Às vezes (2)	Quase sempre (3)	Sempre (4)
4	Você se sentiu incomodado (desconforto) ao comer algum alimento?	Nunca (0)	Quase Nunca (1)	Às vezes (2)	Quase sempre (3)	Sempre (4)
Desconforto psicológico						
5	Você ficou inibido devido problemas na sua boca?	Nunca (0)	Quase Nunca (1)	Às vezes (2)	Quase sempre (3)	Sempre (4)
6	Você se sentiu estressado devido problemas na sua boca?	Nunca (0)	Quase Nunca (1)	Às vezes (2)	Quase sempre (3)	Sempre (4)
Limitação física						
7	Sua alimentação ficou prejudicada devido problemas na sua boca?	Nunca (0)	Quase Nunca (1)	Às vezes (2)	Quase sempre (3)	Sempre (4)
8	Você teve que parar suas refeições devido problemas na sua boca?	Nunca (0)	Quase Nunca (1)	Às vezes (2)	Quase sempre (3)	Sempre (4)
Limitação psicológica						
9	Você encontrou dificuldade para descansar devido aos problemas em sua boca?	Nunca (0)	Quase Nunca (1)	Às vezes (2)	Quase sempre (3)	Sempre (4)
10	Você se sentiu envergonhado devido aos problemas em sua boca?	Nunca (0)	Quase Nunca (1)	Às vezes (2)	Quase sempre (3)	Sempre (4)
Limitação social						
11	Você ficou irritado com outras pessoas?	Nunca (0)	Quase Nunca (1)	Às vezes (2)	Quase sempre (3)	Sempre (4)
12	Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias?	Nunca (0)	Quase Nunca (1)	Às vezes (2)	Quase sempre (3)	Sempre (4)
Incapacidade						
13	Você já sentiu que de maneira geral a vida te satisfaz menos devido aos problemas com a sua boca?	Nunca (0)	Quase Nunca (1)	Às vezes (2)	Quase sempre (3)	Sempre (4)
14	Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?	Nunca (0)	Quase Nunca (1)	Às vezes (2)	Quase sempre (3)	Sempre (4)

ANEXO 7**ORIENTAÇÕES NA ENTREGA DE PRÓTESE REMOVÍVEL**

Tipo de Prótese: _____

Data da Instalação: ____/____/____

Seu cuidado é fundamental para a conservação de sua prótese e de seus dentes. A durabilidade de sua prótese depende dos cuidados que você terá com ela. Repetições de próteses só poderão ser realizadas após avaliação minuciosa da equipe clínica.

Não poderão ser realizadas trocas sucessivas de próteses.

ORIENTAÇÕES DE HIGIENE BUCAL:

Escovar os dentes e a prótese após todas as refeições;

Remover a prótese antes da escovação;

Escovar a prótese e os dentes, separadamente;

Usar escova macia para higienização dos dentes;

Utilizar escovas especiais para próteses;

Passar o fio dental diariamente após a escovação.

A troca das escovas deve ser realizada de 2 em 2 meses aproximadamente;

Recomenda-se realizar 1 vez por semana a imersão das próteses previamente limpas (após escovação) em solução com pastilhas efervescentes.

SERÃO NECESSÁRIOS ALGUNS CUIDADOS:

- Não deixar sua prótese cair no chão, pois pode quebrar ou entortar;
- Você pode se alimentar com a sua prótese. Cuidado especial com alimentos duros que podem danificar sua prótese/dentes;
- Divida os alimentos em pequenas porções, isto facilitará a adaptação à mastigação;
- Nos primeiros dias pode ocorrer algum desconforto; caso apareçam pontos avermelhados ou pequenos machucados, procure o consultório odontológico;
- Nos primeiros dias após a instalação pode ocorrer dificuldade em pronunciar algumas palavras; pratique falando em frente ao espelho.

ANEXO 8

ORIENTAÇÕES NA ENTREGA DE PRÓTESE FIXA

Tipo de Prótese: _____

Data da Instalação: ____/____/____

Seu cuidado é fundamental para a conservação de sua prótese e de seus dentes. A durabilidade de sua prótese depende dos cuidados que você terá com ela. Repetições de próteses só poderão ser realizadas após avaliação minuciosa da equipe clínica.

Não poderão ser realizadas trocas sucessivas de próteses.

ORIENTAÇÕES DE HIGIENE BUCAL:

Escovar os dentes e a prótese após todas as refeições;

Usar escova macia para higienização;

Utilizar escovas especiais para próteses;

Passar o fio dental diariamente após a escovação.

Usar o PASSA FIO OU ESCOVAS INTER-PROXIMAIS no mínimo 2 vezes ao dia, entre o dente e a gengiva;

A troca das escovas deve ser realizada de 2 em 2 meses aproximadamente.

SERÃO NECESSÁRIOS ALGUNS CUIDADOS:

- Cuidado com alimentos duros que podem quebrar a prótese. Divida os alimentos em pequenas porções, isto facilitará a adaptação à mastigação.