

Relatório de Estágio

Mestrado Integrado em Medicina Dentária
Instituto Universitário de Ciências da Saúde

O impacto das próteses removíveis na qualidade de vida dos idosos

Ana Carolina Rodrigues Pereira

Orientadora: Prof. Doutora Mónica Cardoso

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Ana Carolina Rodrigues Pereira, estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado: **“O impacto das próteses removíveis na qualidade de vida dos idosos”**. Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciados ou redigidos com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde.

DECLARAÇÃO

Aceitação do Orientador

Eu, Mónica Alexandra Guedes Cardoso, com categoria de profissional de Professor Auxiliar Convidado do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio titulado **“O impacto das próteses removíveis na qualidade de vida dos idosos”** do Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Ana Carolina Rodrigues Pereira, declaro que sou de parecer favorável para que no Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes, à obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 2019

O Orientador

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que efetuou tanto o querer, quanto o realizar, permitindo que eu realizasse este Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Antes, parecia algo inatingível, impossível e muito difícil de realizar. Entretanto, foi possível, mas não difícil, foi extremamente difícil. Pensei em desistir. Decidi desistir. O fardo era imensamente mais pesado do que eu poderia imaginar. Mas não é bom retroceder, então, pedi forças à Deus decidi ir até o fim.

Foi um exercício de paciência, humildade e novos desafios. Solidão. Lembranças de tudo que deixei para trás. Saudade... quanta saudade sentia da minha mãe, do meu pai, dos meus familiares e meus cachorros. Senti falta até do que eu achei que nunca sentiria falta. Mas, após algum tempo a saudade continuou, mas novos amigos vieram. Como foi bom conhecer vocês: Natália, Lorena, Sara, Winícius e Flaviana. Foi um prazer conhecer vocês. Vocês, para mim. Foram instrumentos de Deus para acrescentar cores aos meus dias que eram cinzentos. Agradeço cada almoço, cada café, cada passeio e principalmete, todas as risadas.

De duas pessoas eu não sinto saudades. Sentir é pouco. Na verdade, eu morro de saudade. O coração simplesmente aumenta a frequência cardíaca, aparece um bolo na garganta e as lágrimas vem. Não consigo contê-las quando encontro vocês. À vocês, minha eterna gratidão por sempre se sacrificarem para me proporcionar o melhor e por sonharem comigo. Seu que vocês são minha maior torcida.

À tia Rita, tio Manel, meus tios queridos, sempre com um abraço aconchegante, uma palavra de animo, encorajamento e fé. Obrigada por me receberem na casa de vocês e me receberem com todo cuidado e carinho.

Aos meus irmãos.... amo vocês e adoro quando estamos juntos!

À Professora Mônica por ter me orientado com excelência.

À todos que me apoiaram, meus sinceros agradecimentos.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

QdV: Qualidade de vida

OMS: Organização Mundial de Saúde

OHIP: Oral Health Impact Profile

QdVRSO: Qualidade de vida relacionada a saúde oral

WHO: World Health Organization

OHQoL: Oral Health Quality of Life

IODD: Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário

WHOQOL: World Health Organization Quality of Life

GOHAI: Geriatric Oral Health Assessment Index

OIDP: The Oral Impact on Daily Performance

RESUMO

A velhice é um fenómeno biológico inevitável. Um aumento substancial na esperança de vida é resultado dos melhores e mais avançados cuidados médicos, ações eficientes em saúde pública e melhores condições sociais.

O envelhecimento é muitas vezes associado ao edentulismo, a ausência de dentes causa alterações mastigatórias, fonéticas, psicológicas, na aparência e causa constrangimento nas interações sociais dos indivíduos.

Os indicadores sócios dentais são instrumentos úteis para mensurar a saúde oral relacionada com a qualidade de vida, esta por sua vez, pode variar de acordo com os contextos sociais, culturais e políticos.

O objetivo do presente trabalho é apresentar, por meio de uma revisão narrativa o impacto das próteses removíveis na qualidade de vida dos idosos. O uso de próteses removíveis bem-adaptadas pode contribuir favoravelmente para o aumento da qualidade de vida do idoso. A ausência de reabilitação oral pode ter um impacto negativo na qualidade de vida do idoso.

Palavras-chave: Qualidade de vida, Saúde oral, Prótese removível, Idoso

ABSTRACT

Old age is an inevitable biological phenomenon. A substantial increase in life expectancy is the result of better and more advanced medical care, efficient public health actions and better social conditions.

Aging is sometimes associated with edentulism. Absence of teeth causes masticatory, phonetic, and psychological changes in appearance and in aspects related to the social interactions of individuals. The dental partners indicators are useful instruments to measure oral health related to the quality of life, this in turn, can vary according to social, cultural and political contexts.

The objective of the present work is to present, through a narrative review, the impact of removable dentures on the quality of life of the elderly. The use of well-adjusted removable dentures can contribute favorably to the increase of the quality of life of the elderly. The absence of oral rehabilitation can have a negative impact on quality of life of the elderly.

Keywords: Quality of life, Oral health, Removable prosthesis, Elderly

Índice

Capítulo I – Desenvolvimento da Fundamentação Teórica

1. Introdução.....	1
2. Objetivo	2
3. Metodologia.....	2
4. Desenvolvimento.....	2
4.1 Alterações orais relacionadas com o envelhecimento	2
4.2 Conceito de qualidade de vida.....	4
4.3 Indicadores de qualidade de vida relacionado com a saúde oral.....	5
4.4 Qualidade de vida relacionada com a saúde oral.....	6
4.5 Qualidade de vida relacionada com o uso de próteses removíveis	7
5. Conclusão	15
6. Bibliografia.....	17

Capítulo I – Desenvolvimento da Fundamentação Teórica

1. INTRODUÇÃO

A velhice é um fenómeno biológico inevitável. Um aumento substancial na esperança de vida é o resultado de melhores e mais avançados cuidados médicos, de ações eficientes de saúde pública e melhores condições sociais.

A interpretação de qualidade de vida é uma tarefa complexa pois esta modifica-se conforme as culturas, a época e o indivíduo. Pode-se até dizer que para o mesmo indivíduo modifica-se com o tempo e com as circunstâncias que lhe são impostas. O que hoje é boa qualidade de vida, pode não ter sido ontem e poderá não ser daqui a algum tempo.

O estado de saúde oral da população geriátrica é geralmente deficiente, com elevada prevalência de cárie, doença periodontal e perda dentária. Estas são responsáveis por dificuldades de mastigação, desestabilização de doenças crónicas e comprometimento da qualidade de vida oral, com efeitos diretos na qualidade de vida e bem-estar geral do indivíduo.

O uso de próteses removíveis bem adaptadas e preservadas pode melhorar os índices relativos à qualidade de vida, pois além de melhorar a aparência do indivíduo idoso, contribuindo para a elevação da sua autoestima, esta também interfere em aspetos relativos a interação social, no processo digestivo e na fonação.

O uso de próteses removíveis como reabilitação oral parece ter impacto na qualidade de vida dos idosos.

2. OBJETIVO

O objetivo desta revisão narrativa é avaliar a relação entre a qualidade de vida do idoso e o uso de próteses removíveis.

3. METODOLOGIA

A execução deste trabalho teve origem numa pesquisa bibliográfica utilizando o motor de busca do Google Académico, PubMed, NCBI, EBSCO, Springer e Scielo de artigos com as palavras chave: "quality of life", "elderly", "removable prosthesis", "oral health", e "prosthesis x quality of life"

Na realização da pesquisa foram encontrados 61 artigos e excluídos 18 artigos após a leitura do resumo por terem sido considerados não relevantes para a revisão narrativa.

4. DESENVOLVIMENTO

4.1 Alterações orais relacionadas com o envelhecimento

Com os avanços da medicina e melhores condições sociais e de saúde pública, estamos perante um aumento da longevidade.(1) Mas o estado de saúde oral da população geriátrica é geralmente deficiente, com elevada prevalência de cárie, doença periodontal e perda dentária. Estas são responsáveis por dificuldades de mastigação, desestabilização de doenças crónicas e comprometimento da qualidade de vida.(2)

Com o envelhecimento, há também um decréscimo do nível de higiene oral. A diminuição da capacidade motora, a baixa autoestima, a falta de estímulo para a realização da higiene oral, o uso de drogas como anti-hipertensores ou a incapacidade de realizar a sua higiene devido a doenças crónica ou degenerativas tornam o idoso um indivíduo de alto risco para o desenvolvimento de doenças orais.(3)

A perda de dentes e a diminuição do fluxo salivar em idosos dificulta a capacidade de mastigar e deglutir adequadamente o alimento, comprometendo a saúde geral e o bem-estar do idoso.(4,5) A diminuição do fluxo salivar é também um fator importante na dificuldade de retenção das próteses removíveis.(6)

O edentulismo acarreta uma incapacidade mastigatória, que conduz a mudanças de uma dieta saudável para uma dieta com predominância de carboidratos e alimentos menos consistentes. Estes alimentos podem não conter os nutrientes adequados às necessidades biológicas, causando estados anêmicos e apáticos em pessoas mais suscetíveis. Além disso, este tipo de alimentação pode causar atrofia na musculatura mastigatória, com repercussão na estética facial e na autoestima do idoso.(7)

Por outro lado, a ausência de dentes e o uso de próteses totais também se relaciona com a perda de apetite.(8) A presença de mais de 20 dentes remanescentes nos idosos é garantia de melhor saúde geral e maior sobrevida. (9)

Além das alterações mastigatórias e fonéticas, alterações no âmbito psicológico também surgem, pois, a ausência de dentes naturais ou de próteses bem adaptadas modificam a aparência do indivíduo, deixando o rosto mais envelhecido.(10)

O uso incorreto e a má higiene de próteses removíveis também está relacionado com as lesões orais. Frequentemente, os pacientes com estomatite fazem uso contínuo das próteses removíveis tornando a prótese um fator predisponente para traumas orais e infecções. (11)

Num artigo de revisão que analisou criticamente os estudos epidemiológicos existentes nas publicações do Brasil em relação a saúde oral do idoso e a necessidade de prótese, os investigadores confirmam as precárias condições de saúde bucal em que se encontra a população idosa no Brasil. O índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados variou de 26.8 a 31.0, com grande participação do componente extraído (84%) e alta prevalência de edentulos (68%).(12) A perda dentária pode também ter uma influência psicológica fortemente negativa na vida do indivíduo.(7)

A vigilância e a melhoria da saúde oral dos idosos devem ser um dos principais objetivos da equipa multiprofissional responsável pelo seu cuidado, incluindo dentistas, higienistas dentais, geriatras e cuidadores. (2)

4.2 Conceito de Qualidade de vida

Até à década de 60, o tratamento dentário baseava-se muitas vezes na exodontia dos dentes. Depois, a odontologia investiu em procedimentos curativos e, no final do século XX, preocupava-se com a prevenção. Para o século XXI, saúde oral não é apenas a concepção de dentes preservados, mas sim, qualidade de vida (QdV).(13)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), QdV consiste na "percepção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". A QdV relaciona-se com o grau de consciência entre a vida real e as expectativas do indivíduo, refletindo a satisfação dos seus objetivos e sonhos.(14)

Para OMS, saúde não é apenas a ausência de doença ou simplesmente um desequilíbrio na saúde, mas sim o perfeito bem-estar físico, mental e social. Por isto a caracterização do estado de saúde de uma população constitui uma tarefa de grande complexidade, que advém do próprio conceito de saúde, sendo este, muitas vezes de caráter subjetivo. Como este conceito é individual, a percepção sobre qualidade de vida é variável em relação a grupos ou sujeitos pois não se limita às condições objetivas de que os sujeitos dispõem, tão pouco no tempo de vida que estes possam ter, mas no significado que dão a essas condições e à maneira conforme vivem. Então, saúde é uma dimensão da nossa qualidade de vida e está relacionada com um subconjunto de aspetos inerentes à existência individual do ser humano. (14)

O conceito de qualidade de vida é subjetivo e varia de autor para autor e, além disso, dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo. Para os idosos, este conceito está relacionado ao bem estar, à felicidade e a realização pessoal.(15) Pode-se até dizer que no mesmo indivíduo este conceito modifica-se com o tempo e com as circunstâncias que lhe são impostas. O que hoje é boa qualidade de vida, pode não ter sido ontem e poderá não ser daqui a algum tempo. (16)

Hoje em dia os idosos sobrevivem às doenças crônicas, mas não podem retardar o processo de envelhecimento ou mesmo controlar, satisfatoriamente, as comorbidades adquiridas. Esse fator induz a um declínio na qualidade de vida desses indivíduos.(15,17)

4.3 Indicadores de qualidade de vida relacionada com a saúde oral

A saúde oral é percebida entre os idosos como menos importante que a saúde física geral. Assim, procurar desenvolver uma melhoria na percepção da saúde oral poderá refletir sobre outros aspectos da saúde geral.(18) Os problemas de saúde da cavidade oral geram um impacto negativo nas atividades diárias dos indivíduos, causando dor, sofrimento, constrangimento psicológico e privações sociais.(19)

Um dos indicadores internacionalmente mais utilizados para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QdVRSO) é o Perfil de Impacto da Saúde Oral (*Oral Health Impact Profile* – OHIP), por apresentar boas qualidades psicométricas e por permitir medir a autopercepção das consequências inerentes às condições orais. Sua versão original é composta por 49 questões (OHIP-49). Em 1997, uma versão abreviada do OHIP-49 foi criada, contendo apenas 14 questões (OHIP-14).(20) O formato mais longo tem sido menos indicado, uma vez que a forma abreviada desse instrumento, o OHIP-14, possui maior simplicidade de aplicação, contrariamente à sua forma original, composta por 49 questões. (21)

O OHIP-14 baseia-se no "*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*" (ICIDH) desenvolvido pela WHO (1980) e adaptado para a saúde oral por Locker e permite, numa única administração, recolher informações relativas à gravidade, extensão e prevalência dos impactos negativos na QdVRSO. Este instrumento é um importante auxiliar na exploração das necessidades em saúde oral e na elaboração de estratégias que permitem reduzir o desenvolvimento de doenças e promover saúde oral com impacto positivo na qualidade de vida.(21) É importante para auxiliar no esclarecimento das necessidades em saúde oral e na elaboração de estratégias para controle/redução de doenças e promoção de saúde oral.(22)

O OHIP-14 constitui um indicador subjetivo que visa fornecer uma medida da incapacidade (*Disability*), desconforto e desvantagem (*Handicap*) atribuída à condição oral, através da auto-avaliação. Este indicador considera que as doenças provocam deficiências (*Impairment*) e limitações funcionais ao nível do órgão e consequentemente, o indivíduo pode ficar incapacitado (*Disability*) ou pode ficar com uma desvantagem social (*Handicap*). (21)

Outro índice utilizado, é o OHQoL (*Oral Health Quality of Life*) é um índice capaz de avaliar o impacto da saúde oral na qualidade de vida, bem como a percepção do indivíduo sobre o impacto na saúde geral, no bem-estar e nas atividades cotidianas. É um indicador da percepção das pessoas sobre os fatores que são importantes na vida atual. É um indicador breve, com apenas três itens que questionam se o indivíduo tem problemas com os dentes e/ou gengivas. A brevidade do instrumento torna-o ideal para inclusão em inquéritos populacionais. Por sua vez, essa brevidade não permite a avaliação de muitos detalhes sobre os impactos específicos da doença oral na qualidade de vida. No geral, o instrumento exibe boas propriedades psicométricas, incluindo boa abordagem genérica de saúde oral.(23)

O *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP) é um indicador da qualidade de vida relacionado com a saúde oral capaz de medir o impacto oral sobre a capacidade do indivíduo para realizar atividades diárias. Este instrumento fornece a vantagem de ser simples e foi desenvolvido para complementar a avaliação clínica de necessidades de tratamento de indivíduos adultos.(23)

O GOHAI (*Geriatric Oral Health Assessment Index*) consiste em um instrumento capaz de medir os problemas funcionais orais relatados por indivíduos através da autopercepção, estimando-se a dimensão dos impactos psicossociais associados a doenças orais. A medida, baseada em uma definição centrada no paciente de saúde oral para adultos mais velhos, inclui itens relacionados à ausência de dor e infecção, e a capacidade de interação social do paciente. (23)

O WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*) é uma medida genérica para avaliar qualidade de vida, surgiu da necessidade de uma avaliação genuinamente internacional da qualidade de vida. O WHOQOL avalia a percepção dos indivíduos sobre a sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. (23)

4.4 Qualidade de vida relacionada com a saúde oral

A Qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QdVRSO) sofre influência de fatores sociodemográficos, comportamentais e psicossociais. Os fatores sócios demográficos

(idade, sexo, estado civil e escolaridade) podem influenciar no estilo de vida, na higiene oral e no acesso aos serviços de saúde. Pessoas com mais idade, menor escolaridade e estado civil solteiro ou viúvo tiveram uma QdVRSO mais pobre. As alterações na cavidade oral como edentulismo, cáries, doença periodontal e xerostomia manifestam-se com maior prevalência em pessoas idosas. (24)

Por desconhecerem as causas, as formas de prevenção e controle das manifestações das doenças orais, os idosos na sua grande maioria necessitam de cuidados médico-dentários, como procedimentos restauradores, reabilitadores e cirúrgicos.(7) O edentulismo gera problemas de natureza funcional e social tais como: dificuldades para mastigar, falar, mudanças no comportamento, insatisfação com a aparência, prejuízo na aceitação social e até mesmo dificuldade de acesso ao mercado de trabalho, causando forte impacto na qualidade de vida.(10)A quantidade de dentes, sua localização e a distribuição no arco também têm influencia na qualidade de vida.(25)

4.5 Qualidade de vida relacionada com o uso de próteses Removíveis

Vários estudos relacionam as próteses removíveis com a QdV dos indivíduos idosos. Oliveira D. utilizou o índice GOHAI para avaliar a qualidade das próteses removíveis e sua relação com a qualidade de vida e a autopercepção das condições de saúde oral de idosos institucionalizados e relacionaram com a estado psicológico. A amostra era composta por 40 indivíduos, sendo 26 mulheres e 14 homens com idade entre 62 a 89 anos. Segundo este autor as alterações funcionais e o estado psicológico podem influenciar a saúde oral e o uso de próteses removíveis em pacientes idosos. Concluiu que quando novas próteses são confeccionadas em substituição das próteses deficientes, estas melhoram o convívio social do idoso, pelo aumento da estabilidade e retenção, influenciando, de forma positiva, nos valores do GOHAI e na qualidade de vida dos pacientes. (26)

Um outro estudo que também avaliou a dimensão psicológica, e também a física e social sobre o impacto do uso de próteses dentárias totais na qualidade de vida de idosos, utilizou o índice OHIP-14 para analisar uma amostra composta por 50 pacientes com idade entre 60 e 69 anos. A avaliação do OHIP-14 revelou que a saúde oral teve alto efeito na qualidade de vida em 3 itens: dor na boca, desconforto ao comer e dieta insatisfatória. Observou-se que é comum portadores de próteses totais apresentarem problemas de

retenção e estabilidade das próteses. Os entrevistados também relataram dificuldade em pronunciar palavras e inabilidade psicológica no convívio social devido ao sentimento de vergonha. O estudo concluiu que a dor física foi a dimensão do OHIP-14 que tem maior impacto na qualidade de vida de idosos portadores de próteses removíveis e que a inabilidade social e a incapacidade são as dimensões de menor impacto na qualidade de vida dos idosos. (27)

Com o objetivo de avaliar a capacidade da prótese removível melhorar a qualidade de vida daqueles que experimentaram considerável perda de dentes e o impacto da saúde oral na qualidade de vida em relação ao número de dentes presentes, foi efetuado um estudo com uma amostra composta por 1801 participantes, com idade entre 16 e 64 anos e 417 indivíduos com idade acima de 65 anos. Nos entrevistados, 70% tinham mais de 20 dentes e 30% usavam próteses removíveis. Os que tinham menos de 20 dentes e não usavam prótese dentária tiveram pontuações mais baixas do que aqueles que tinham mais de 20 dentes ou que tinham menos de 20 dentes, mas usavam prótese removível. A utilização de prótese por indivíduos desdentados foi considerada um importante preditor para a qualidade de vida em saúde oral. Também concluíram que indivíduos de classe social mais elevada estão mais propensos a disfrutar de melhor qualidade de vida relacionada com a saúde oral, em comparação com pessoas de classe social mais baixa. (28)

Num estudo em idosos institucionalizados sobre o impacto das melhorias nas reabilitações protéticas sobre o impacto nutricional e qualidade de vida (OHIP14), os investigadores concluíram que após o tratamento, houve apenas uma leve melhoria. Apesar do melhor conforto percebido ao mastigar, não foi observada mudanças significativas na dieta. Os resultados deste estudo apoiam a hipótese de que o tratamento protético isolado não é adequado para alcançar uma melhora significativa no estado nutricional de idosos com comprometimento odontológico, já que a capacidade mastigatória e a eficiência não são, obviamente, os únicos fatores que influenciam a saúde e o estado nutricional de um paciente. A nutrição não é somente um problema de função mastigatória, depende também de outros fatores, como por exemplo: hábitos, gostos e costumes culturais e condição financeira. (29). Na mesma linha e numa revisão de literatura de Carlsson *et al*, também concluíram que problemas relacionados a

desnutrição, não podem ser atribuídos somente ao uso de prótese mal-adaptadas ou a ausência de dentes. (30) A conclusões opostas chegaram Anastassiadou *et al*/em 2006 em um grupo 119 utilizadores de prótese, concluíram que havia associação estatisticamente significativa entre a satisfação com as próteses e as dificuldades em comer determinados alimentos. (31)

Num estudo que teve como objetivo avaliar o impacto do edentulismo na qualidade de vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados, utilizando o Índice de Impacto Odontológico no Desempenho Diário (IODD), numa amostra de 198 idosos acima de 60 anos. O percentual de edentulismo nos idosos institucionalizados foi 59,30% e, para os não-institucionalizados, 51,30%. Maior número de edêntulos e maior necessidade de cuidados e piores condições de saúde oral foi encontrado no grupo institucionalizado, ressaltando maior necessidade de prótese neste grupo. Os idosos deste grupo também consideraram o acesso a prótese inalcançável, sendo que 20% consideraram desnecessário. Cerca de 40% dos idosos apresentaram limitação relacionada com o seu estado oral. Estas limitações incluem dificuldades para mastigar, morder, abrir a boca, falar e sorrir. Uma pequena parte da amostra associou a perda de dentes com a insatisfação com a aparência.(13)

As repercussões da perda dentária total de utilizadores do serviço de saúde público foram avaliadas aplicando o Oral Health Impact Profile simplificado (OHIP-14). Como conclusão, a perda dentária total teve um forte impacto na vida das pessoas e implica consequências negativas como vergonha, dificuldade em se alimentar e prejuízo no relacionamento social. A expectativa de reabilitação da cavidade oral gera grande ansiedade, principalmente em relação à estabilidade e adaptação das próteses totais removíveis. No entanto, embora os idosos tenham consciência de que a adaptação às próteses pode representar sacrifícios, a possibilidade de retorno ao padrão social geralmente aceite e de recuperação da própria imagem traz uma motivação positiva aos indivíduos desdentados. (32)

Num estudo realizado no Brasil com o objetivo de verificar o impacto do uso das próteses dentárias na qualidade de vida dos idosos através da escala de qualidade de vida WHOQOL-Bref. A amostra foi composta de 41 indivíduos de ambos os sexos, com

predominância do sexo feminino, com idade entre 54 e 91 anos. Na amostra estudada foi encontrada diferença na qualidade de vida quando relacionada ao uso de prótese dentária no domínio referente as relações sociais. Isso pode ocorrer devido ao envelhecimento e às condições da prótese dentária, que, por vezes, estão mal-adaptadas e interferem na alimentação e na fala. Fator esse que pode fazer com que se evite estar em locais públicos, diminuindo suas relações sociais, por vergonha da sua condição dentária.(33)

Yen Y *et al*/em Taiwan, avaliaram a OHRQoL utilizando o índice de GOHAI numa população de 277 idosos utilizadores de próteses removíveis com uma média de idade de 76 anos. Foram recolhidos dados sobre características sociodemográficas dos participantes, o estado dentário e periodontal, a regularidade das visitas ao médico dentista e fatores relacionados com o uso da prótese removível (dor oral, prótese "larga", úlcera oral, halitose). A localização e o número de dentes remanescentes e o tipo de prótese também foram registradas. Os achados deste estudo sugerem que a alta satisfação com próteses removíveis foi significativamente relacionada a uma alta pontuação GOHAI, indicando um baixo nível de comprometimento de OHRQoL. A satisfação com a prótese foi o mais forte preditor de OHRQoL.(34)

Num estudo cujo objetivo foi descrever a situação de idosos portadores de próteses totais, quanto às condições das mesmas e grau de satisfação, foram analisados 103 indivíduos com idade acima de 60 anos. Os critérios para análise basearam-se em aspetos funcionais e não funcionais, sendo que para considerar uma prótese funcional ela deveria apresentar características como estabilidade, retenção, oclusão, dimensão vertical e integridade das próteses (ausência de fraturas nos dentes e na base da prótese). As próteses foram consideradas funcionais quando apresentaram boas condições técnicas e biomecânicas. Na falta de um ou mais fatores anteriormente citados, as próteses foram consideradas não-funcionais, já que apresentavam limitação da sua funcionalidade, necessitando de consertos, rebasamentos ou substituições. Os idosos do presente estudo relataram em 52% dos casos, estarem insatisfeitos com suas próteses, e os motivos citados foram: sentiam as próteses soltas (31%), não conseguiam mastigar os alimentos (24%), as próteses estavam desgastadas (24%), provocavam trauma nos tecidos moles (18%), fraturas nas próteses base/dentes (8%) e estética (4%). Quanto ao tempo de uso das próteses, 1,9 % utilizavam a prótese há menos de 5 anos e 85,4% utilizavam há mais

de 20 anos. No requisito de estabilidade, retenção, dimensão vertical e oclusão, as próteses superiores apresentaram percentagens mais favoráveis quando comparadas com as próteses removíveis inferiores.(35)

Um estudo de 2015 que utilizou o índice GOHAI e um exame oral, avaliou perdas dentárias e necessidade de próteses. Verificaram que a autopercepção de saúde oral dos idosos apresenta coerência com a sua condição oral. Observaram que alguns dos examinados usavam a mesma prótese há mais de 20 anos e que a melhor percepção de saúde oral foi encontrada em idosos com dentes. A necessidade de prótese inferior foi mais alta (23%) do que a prótese em ambos maxilares (0,9%). Esta maior necessidade de prótese inferior deveu-se ao facto de existir uma maior dificuldade na adaptação. Por consequência das precárias condições orais encontradas, marcada pela alta prevalência de dentes perdidos e necessidade de prótese, a autopercepção de saúde oral encontrada na amostra estudada, de acordo com o índice GOHAI foi classificada como má.(36)

Na Arabia Saudita, com uma amostra composta por 55 pacientes, compararam a qualidade de vida relacionada com a saúde oral entre pacientes portadores de prótese total nos dois maxilares e os que só possuíam prótese total em um dos maxilares utilizando o Índice de GOHAI. Neste estudo os pacientes com prótese total em ambos os maxilares tiveram pontuações inferiores no Índice usado para determinar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral.(37)

Beloni W *et al*, utilizaram o índice OHIP, com objetivo de avaliar do grau de satisfação e qualidade de vida dos pacientes desdentados totais e parciais. Efetuaram a reabilitação dos pacientes e após 2 meses de uso das próteses removíveis foram reavaliados. De acordo com os resultados, os pacientes reabilitados com próteses dentárias totais tiveram melhor percepção na qualidade de vida que os pacientes reabilitados com próteses parciais removíveis. Os pacientes portadores de prótese total relataram, ainda, maior satisfação com relação à estabilidade e função mastigatória de suas próteses. As próteses totais superior foram melhor aceites devido a melhor retenção e estabilidade, provavelmente por apresentarem maior área chapeável. Entretanto, as próteses inferiores, por apresentarem uma área chapeável menor em comparação com as superiores, necessitaram de maior intervenção para ajuste. O estudo conclui que o tipo de prótese

pode influenciar parâmetros subjetivos do grau de satisfação do paciente com a reabilitação e da qualidade de vida após a reabilitação oral com próteses totais ou próteses parciais removíveis. (38)

Em 2016 Mello F *et al*/ chegaram a conclusões similares à maioria dos investigadores anteriores. Avaliaram a necessidade e uso de prótese em 504 idosos independentes, entre os 60 e os 75 anos e analisaram as características sociodemográficas. Quanto à necessidade de prótese, observou-se que 21,6% não necessitam de qualquer tipo de prótese, 19,4% necessitam em uma arcada e a maioria (58,9%) necessita nas duas arcadas. A maioria, 428 indivíduos (84,9%), eram portadores de algum tipo de prótese. Foi possível observar que os indivíduos com até quatro anos de estudo (menor grau de escolaridade) representavam 82,2% do total de indivíduos portadores de prótese e que 85,3%, deste total, pertenciam a classe econômica mais baixa. (39)

Em 2009 no Brasil, foi realizado um estudo com o objetivo de avaliar e comparar o impacto da reabilitação oral realizado com prótese implanto-muco-suportada e realizado com próteses removíveis convencionais através do índice OHIP-14. O questionário OHIP-14 foi respondido duas vezes por cada um dos pacientes, uma enquanto os pacientes haviam sido reabilitados com próteses totais removíveis e uma após a substituição dessa prótese total removível por uma prótese implanto-muco-suportada. Observou-se claramente que o impacto na qualidade de vida foi maior quando os pacientes utilizavam próteses totais removíveis e esse impacto diminuiu com a substituição dessas próteses removíveis por próteses totais implanto-muco-suportadas, ou seja, a qualidade de vida melhorou após a substituição das próteses. (40)

Num estudo que avaliou a presença de lesões da mucosa oral associadas ao uso e qualidade das próteses totais removíveis em indivíduos não institucionalizados, analisou uma amostra composta por 344 indivíduos, com idade acima de 60 anos, não institucionalizados. Dentre eles, 146 eram utilizadores de prótese totais (sendo que 53,5% utilizavam prótese total removível em ambas as arcadas e 46,5% utilizavam somente na arcada inferior) e 198 indivíduos não utilizadores (sendo que 50,5% eram edêntulos e 32,8% possuíam dentes remanescentes afetados por doença periodontal). Através de inspeção visual constataram que a hiperplasia fibrosa inflamatória, a estomatite protética

e a queilite angular estão associadas ao uso de prótese totais removíveis. A hiperplasia fibrosa relaciona-se com a integridade da prótese e a estomatite protética está associada ao tempo de uso, ao estado de higiene e integridade da prótese. Somente 30,8% de utilizadores de prótese total não apresentaram nenhum tipo de alteração na mucosa oral com o uso das próteses. A avaliação da base das próteses mostrou que 14,3% apresentavam perfurações ou fraturas. Com relação ao período de uso das próteses, a média foi de 30,86 anos, sendo que 35% dos pacientes utilizaram as mesmas próteses por mais de 30 anos. Índices relativamente insignificantes de alterações na mucosa oral foram encontrados no grupo não usuário de prótese total. Com respeito à higiene das próteses, 82,1% dos indivíduos apresentaram higiene insuficiente. Conclui-se que a integridade, o tempo de uso e a higiene deficiente da prótese estão associadas com o aparecimento de lesões na mucosa oral. (41)

As próteses removíveis provocam reabsorção do rebordo residual, reações na mucosa, síndrome da ardência bucal e disfunção temporomandibular. A reabsorção residual da crista é uma consequência inevitável da perda de dentes e do uso de próteses. As reações mucosas são normalmente facilmente revertíveis. (30)

Os idosos, em sua maioria desconhecem a necessidade de revisão periódicas para avaliação das suas prótese em relação à estabilidade e retenção e pela possibilidade de as próteses mal-adaptadas gerarem danos em tecidos moles e duros da cavidade oral e consequentemente prejudicar a mastigação, gerando danos nutricionais. (7)

Para aumentar a qualidade de vida dos indivíduos portadores de próteses removíveis, há a necessidade de um conjunto de cuidados posteriores que incluem visitas periódicas, controle, orientação para a higiene oral e rebasamentos periódicos. (6)

5. CONCLUSÃO

A velhice é um fenómeno biológico inevitável e tem por consequência a degeneração progressiva de todos os órgãos. A esperança de vida aumentou graças à implementação de medidas de saúde pública eficientes, melhores condições sociais e o avanço na ciência proporcionam esta melhoria, no entanto, observa-se que a qualidade de vida não acompanha esta evolução.

O conceito de qualidade de vida é subjetivo e depende da época, do contexto, da cultura e do indivíduo. A saúde é uma dimensão da nossa qualidade de vida e esta relacionada com um subconjunto de aspetos inerentes a existência individual do ser humano.

Os uso de prótese removível bem-adaptadas podem influenciar a qualidade de vida dos idosos. De facto, o envelhecimento, muitas vezes é associado ao edentulismo. Isto deve-se também à existência no passado de uma medicina dentária mutiladora.

Problemas médicos gerais podem ser exacerbados quando limitações são colocadas na habilidade para mastigação ou para consumir uma dieta equilibrada. Entretanto, alguns estudos afirmam que a nutrição não é somente um problema da função mastigatória, pois depende também de outros fatores, como por exemplo: hábitos, gostos e costumes culturais; condição financeira e organizacional. Os estudos também revelam que indivíduos com menor número de dentes saudáveis ou desdentados, estão concentrados nas classes económicas mais baixas e com menor escolaridade.

Somando-se a isso, o aspeto psicológico e as interações sociais relativas a qualidade de vida podem ser comprometidos quando a perda de dentes, por afetar a estética e a expressão facial, uma vez que os dentes são importantes para a comunicação interpessoal e para a habilidade de falar claramente.

Os portadores de próteses removíveis relatam dificuldade na retenção das próteses, desconhecem a necessidade de realizar revisões periódicas para ajuste da prótese e podem apresentar lesões na mucosa oral.

Os indicadores sócios dentários, apesar de serem subjetivos, conseguem mensurar o grau em que as doenças bucais interferem no funcionamento normal e desejável do indivíduo

desde aspetos funcionais a psicossociais, permitindo a elaboração de estratégias que permitam reduzir o desenvolvimento de doenças e promover saúde oral com impacto positivo na qualidade de vida. O facto de os vários estudos não utilizarem os mesmos índices para aferição da QdVRSO dificulta a de comparação entre estudos.

O uso de próteses removíveis bem-adaptadas e com manutenção periódica, pode melhorar a qualidade de vida dos pacientes idosos.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Merrill R, Lindsay G HR. The contribution of public health and improved social conditions to increased life expectancy: an analysis of public awareness. *J Community Med Health Educ.* 2015;04(05):1–5.
2. Gil-Montoya A, Mello A, Barrios R, Gonzalez-Moles M, Bravo M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2015;10:461–7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25709420><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4334280>
3. Mello A PD. Instituições geriátricas e negligência odontológica. *Rev da Fac Odontol Porto Alegre.* 2000;41(1):44–8.
4. Brunetti R, Montenegro F. Prótese Total na Terceira Idade. Em: *Prótese total: procedimentos clínicos e laboratoriais.* 2002. p. 235–59.
5. Atkinson J, Grisius M, Massey W. Salivary hypofunction and xerostomia: Diagnosis and treatment. *Dent Clin North Am.* 2005;49(2):309–26.
6. Marchini L, Montenegro F, Cunha V, Santos J. Prótese dentária na Terceira Idade : considerações clínicas e preventivas diversas. *Rev Assoc Paul Cir Dentária.* 2001;55(2):83–7.
7. Unfer B, Braun K, Silva C, Pereira Filho L. Autopercepção da perda de dentes em idoso. *Comunicação, Saúde e Educ.* 2006;9(18):217–26.
8. Celebic A, Knezović-Zlataric D. A comparison of patient's satisfaction between complete and partial removable denture wearers. *J Dent.* 2003;31(7):445–51.
9. Shimazaki Y, Soh I, Saito T, Yamashita Y, Koga T, Miyazaki H, et al. Influence of dentition status on physical disability, mental impairment, and mortality in institutionalized elderly people. *J Dent Res.* 2001;80(1):340–5.
10. Vargas A, Paixão H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do centro de saúde Boa Vista em Belo Horizonte. *Cien Saude Colet.* 2005;10(4):1015–24.
11. Barbosa L, Ferreira M, Calabrich C, Viana C, Lemos M, Lauria A. Edentulous patients' knowledge of dental hygiene and care of prostheses. *Gerodontology.* 2008;25(2):99–106.

12. Colussi C FS. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2002;18(5):1313–20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500024
13. Caldas Junior A, Caldas K, Oliveira M, Amorim A, Barros P. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos. *Rev Ciências médicas*. 2005;14(3):2329–238.
14. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403–9.
15. Vecchia R, Ruiz T, Bocchi S CJ. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev Bras Epidemiologia*. 2005;8(3):246–52.
16. Minayo M, Hartz Z, Buss P. Qualidade de vida e saúde : um debate necessário. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2000;5(7):7–18. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232000000100002&script=sci_abstract&tlng=pt
17. Newton J. Death is not the major problem – it is ageing and disability. *Gerodontology*. 2008;25(1):1–2.
18. Morán A. Uso de prótese, implantes e qualidade de vida em idosos. 2009. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba (Monografia de Especialidade em Odontogeriatrics). Disponível em: <file:///T:/users/user1/Downloads/Le%C3%B3nMor%C3%A1n%81lvaroAndr%C3%A9s.pdf>
19. Moreira R, Nico L, Tomita N. O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do Sudeste do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012;27(10):2041–53.
20. Locker D, Allen P. Assessment of oral health quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1(1):40.
21. Slade G. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997;25(4):284–90.
22. Gabardo ML, Moysés ST, Moysés J. Autopercepção de saúde bucal conforme o perfil de impacto da saúde bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(6):439–45.

23. Slade G, Strauss R, Atchison K, Kressin N, Locker D, Reisine S. Measuring oral health and quality of Life. Em: University of North Carolina [Internet]. 1997. p. 172. Disponível em: <https://www.adelaide.edu.au/arcpho/downloads/publications/reports/miscellaneous/measuring-oral-health-and-quality-of-life.pdf>
24. Afonso A, Silva I, Meneses R, Frias-Bulhosa J. Oral Health-Related Quality of Life: Portuguese Linguistic and Cultural Adaptation of Ohip-14. *Psicol Saúde Doença*. 2017;18(2):374–88.
25. Gerritsen A, Allen P, Witter D, Bronkhort E, Creugers N. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8(1):1–11.
26. OLIVEIRA, GF. Avaliação qualitativa das próteses removíveis e sua relação com a qualidade de vida em idosos. 2006. 59f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/290806>>.
27. Guimarães M, Rocha F. Impacto do uso de próteses dentárias totais na qualidade de vida de idosos. *Rev Context e Saúde*. 2011;10(20):1015–20.
28. McGrath C, Bedi R. Can dentures improve the quality of life of those who have experienced considerable tooth loss? *J Dent*. 2001;29(4):243–6.
29. Wöstmann B, Michel K, Brinkert B, Melchheier-Weskott A, Rehmann P, Balkenhol M. Influence of denture improvement on the nutritional status and quality of life of geriatric patients. *J Dent*. 2008;36(10):816–21.
30. Carlsson G. Clinical morbidity and sequelae of treatment with complete dentures. *J Prosthet Dent*. 1998;79(1):17–23.
31. Anastassiadou V, Heath M. The effect of denture quality attributes on satisfaction and eating difficulties. *Gerodontology*. 2006;23(1):23–32.
32. Silva M. Restabelecimento estético e funcional em pacientes desdentados: percepção e impacto entre usuários da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (Tese de Doutorado). 2007. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-620862>
33. Olchik M, Ayres A, Presotto M, Baltezan R, Gonçalves A. O impacto do uso de prótese dentária na qualidade de vida de adultos e idosos. *Rev Kairós Gerantologia*

- [Internet]. 2013;16(5):107–21. Disponível em:
<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/18639/13828>
34. Yen Y, Lee H, Wu Y, Lan S, Wang W, Du J, et al. Impact of removable dentures on oral health-related quality of life among elderly adults in Taiwan. *BMC Oral Health* [Internet]. 2015;15(1):1–12. Disponível em:
<http://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-15-1>
35. Braga S, Junior R, Braga A, Catirse A. Avaliação das condições e satisfação com as próteses em idosos da região central do estado São Paulo (Brasil). *Rev Odontol UNESP*. 2002;31(1):39–48.
36. Agostinho A, Campos M SJ. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. *Rev Odontol UNESP*. 2015;44(2):74–9.
37. Albaker A. The oral health-related quality of life in edentulous patients treated with conventional complete dentures. *Gerodontology*. 2013;30(1):61–6.
38. Beloni WB, Vale HF, Takahashi JMFK. Avaliação do grau de satisfação e qualidade de vida dos portadores de prótese dental. *Rev da Fac Odontol - UPF*. 2014;18(2):160–4.
39. Mello F, Favaro J, Dias F, Guiraldo R, Maciel S, Gonini-Junior A, et al. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos de Londrina, Paraná. *J Heal Sci*. 2016;18(4):215–20.
40. Barbieri CH. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes reabilitados com próteses implanto-muco-suportadas versus próteses totais convencionais. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2009;38(2):84–7.
41. Freitas JB, Gomez RS, De Abreu MHNG, Ferreira E Ferreira E. Relationship between the use of full dentures and mucosal alterations among elderly brazilians. *J Oral Rehabil*. 2008;35(5):370–4.