

SAÚDE BUCAL, USO DE PRÓTESE TOTAL E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Bruno Luís de Carvalho Vieira

Sarah Christina Rodrigues Meira Reis

Janice Simpson de Paula

Flávio de Freitas Mattos

Andréa Maria Duarte Vargas

Viviane Elisângela Gomes

O presente capítulo tem por objetivo fazer um breve relato das condições de saúde bucal dos idosos institucionalizados no Brasil. Similar a situação do idoso não institucionalizado, o institucionalizado também apresenta o edentulismo como uma de suas sequelas bucais; sendo a prótese total mucossuportada (dentadura) o tratamento reabilitador mais utilizado (MARINI et al., 2011; CARLSSON e OMAR, 2010), possibilitando um tratamento rápido, de baixo custo, esteticamente aceitável e de fácil higienização (ANASTASSIADOU e ROBIN HEATH 2006; SIVAKUMAR et al., 2015).

É importante relatar que o tratamento reabilitador pode ser realizado fora do ambiente odontológico sem perdas na qualidade técnica da prótese (PEARSON et al., 2007). A reabilitação propicia para o idoso uma possibilidade de restabelecer as funções comprometidas: capacidade mastigatória, fonação (TELLES et al., 2004) e a estética, promovendo a reinserção social (AGOSTINHO et al., 2015; COSTA et al., 2013) em um curto período de tempo (CARLSSON e OMAR 2010). Entretanto, a adaptação deve ser cautelosa, já que a modificação morfofuncional pode dificultar a acomodação e a estabilidade (OLCHIK et al., 2013; CALDAS JÚNIOR et al., 2005; CUNHA et al., 1999). Logo a reabilitação oral é acompanhada de impactos na qualidade de vida relacionada com a saúde bucal (NUÑEZ et al., 2015; REGIS et al., 2013; SCHIERZ e REISSMANN, 2016; ADAM et al., 2007). Esses impactos podem ser mensurados e têm importância clínica, tanto para o dentista quanto para o paciente, já que interfere no resultado do tratamento.

Afinal o que é uma ILPI?

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as ILPI são “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania” (ANVISA, 2005).

Os direitos e garantias dos idosos devem ser preservados, como liberdade ao credo e o direito de ir e vir, quando não existir restrição do Plano de Atenção à Saúde, que deve ser elaborado a cada dois anos e ser compatível com universalização, equidade e integralidade. Nesse plano, deve constar a atenção integral a saúde do idoso, inclusive prevenção e promoção de saúde, conter as patologias existentes, vacinações, rotinas e procedimentos escritos e previsão de sistema de transporte para o idoso (ANVISA, 2005).

Como está a saúde bucal dos idosos em ILPI?

A maioria dos idosos não obtém o escore mínimo do Mini-Exame do Estado Mental (Mini-mental), o teste mais utilizado para rastreamento do estado de cognição, sendo muito frequente o baixo escore em idosos institucionalizados. A alteração cognitiva é um motivo para institucionalização, pois afeta o convívio social e juntamente com o declínio físico afeta a independência, ambos influenciados negativamente pela depressão, muito comum nessa população (ALENCAR et al., 2012; FERREIRA et al., 2014; MELO e BARBOSA 2015).

A presença de cuidadores treinados e interessados é muito importante, visto

que os idosos que possuem deficiência cognitiva têm maior necessidade de tratamento odontológico, mas o percentual de necessidade de próteses é similar aos dos idosos sem deficiência, provavelmente devido a interferência de outros fatores na decisão da exodontia, como culturais e custo, apesar do uso de próteses ser menor nessa população (FERREIRA et al., 2014).

A necessidade de prótese entre idosos que vivem com a família é semelhante à dos idosos institucionalizados (LEWANDOWSKI e BÓS 2014). Mas a saúde bucal em idosos vivendo com a família é melhor quando comparada à saúde bucal daqueles que vivem em solidão (ORDAZ HERNÁNDEZ et al., 2015).

Cerca de 50% de idosos em ILPI apresentam xerostomia, 20% disfagia e 10% problemas de mastigação devido a dentes artificiais (MADHAVAN et al., 2016; POISSON et al., 2016; VILJAKAINEN et al., 2016).

Idosos institucionalizados apresentam, muitas vezes, um quadro cognitivo precário, como baixo peso (MELO e BARBOSA 2015), mostrando assim, uma maior necessidade de intervenção com políticas públicas mais efetivas. O cuidado e o tratamento odontológico configuram-se em um dos maiores obstáculos, que pode levá-los a um maior risco de deterioração da saúde bucal (GLUHAK et al., 2010; RABBO et al., 2012). Por exemplo, o risco 2,9 vezes maior de periodontite entre pacientes com demência, muito comum entre institucionalizados (ZENTHÖFER et al., 2017).

Reabilitação com prótese total

Quase 90% dos idosos usam ou necessitam de algum tipo de prótese dentária (BRASIL, 2011). As próteses dentárias representam para esses indivíduos uma possibilidade de reabilitação do sistema estomatognático (BERG, 1988; TELLES, 2011). Após instalação da prótese total (PT) o período de adaptação requer atenção do profissional, visto que a modificação morfofuncional pode dificultar a acomodação e a estabilidade, principalmente da PT (CUNHA et al., 1999; FAZITO et al., 2004; DIAS et al., 2012; OLCHIK et al., 2013). Além do mais, o sucesso da reabilitação não se deve apenas a habilidade técnica do profissional, mas ao processo de adaptação individual que interfere no uso da prótese pelo paciente (LELLES et al., 1999; COSTA et al., 2013).

Há relação positiva entre a qualidade de vida e o uso de prótese total com relação aos que não usam a prótese (MONTES-CRUZ et al., 2014). De acordo com Miotto, Barcellos e Velten (2012), após resultados do OHIP (Oral Health Impact Profile), o impacto de problemas bucais na qualidade de vida foi de 35% nos mais velhos, sendo maior nos que utilizavam o serviço de saúde por motivo de urgência e nos que precisavam de prótese parcial removível. O serviço odontológico de rotina causa melhora na saúde da população.

Estudos mostraram que quanto mais velho o idoso mais satisfeito com sua saúde bucal. A chance de satisfação de desdentados é por volta de 60% em comparação com dentados. Quem não usa prótese tem a chance 2,54 vezes maior de estar insatisfeito com a saúde bucal do que quem usa e mesmo necessita de substituição. Maior nível de escolaridade e renda foram associadas a maiores frequências de auto avaliação

positiva, devido a maior busca de informações. Quando há dificuldade de mastigar alimentos há por volta de 2 vezes mais chances de insatisfação (CAMPOS et al., 2014).

Fatores que podem dificultar o uso da prótese pelos idosos

As doenças que são frequentes nos idosos como hipertensão, diabetes, transtornos neurológicos e depressão podem causar destruição progressiva de parênquima glandular e xerostomia dificultando a adaptação da prótese (LEWANDOWSKI e BÓS et al., 2014).

Além do mais os idosos desdentados, geralmente, apresentam rebordo alveolar reduzido, mucosa menos resiliente, tecido muscular em degeneração, fatores que interferem na adaptação da prótese (GOIATO et al., 2005).

A diminuição da secreção salivar, que ocorre com o aumento da idade do paciente e uso de medicamentos pode causar dor, sensação de queimação na boca, o que dificulta a deglutição, fala e mastigação, redução do paladar, aderência da língua na base da prótese, falta de retenção, e ainda colaborar com formação de lesões na cavidade oral (GOIATO et al., 2005).

Alterações na cavidade oral devido uso de prótese mal adaptada

Várias lesões acometem a cavidade bucal devido a presença de próteses mal adaptadas e ineficiência na orientação do paciente pelo profissional (GOIATO et al., 2005; PEIXOTO, et al., 2016). As próteses dentárias removíveis têm grande importância na reabilitação oral, mas devem ser confeccionadas de modo correto, terem boa higienização para não comprometer a mucosa bucal. Essas lesões prejudicam a mastigação diminuindo a capacidade nutricional do paciente. São mais encontradas úlcera traumática, queratose friccional, candidose, hiperplasia fibrosa inflamatória e o granuloma piogênico. As prevalências das lesões são maiores com higiene bucal insuficiente (DE CARLI et al., 2013, MOZAFARI et al., 2012), embora não haja evidências que próteses mal adaptadas sejam responsáveis por câncer bucal⁴⁴. Cerca de 44% dos que usam próteses apresentam estomatite (EVREN et al., 2011).

O uso da prótese total com seu estado de conservação e higienização precária é fator de risco à colonização bacteriana, tendo relação com a ocorrência de leveduras do gênero *Cândida*, ajudada pela xerostomia, sendo que nenhuma condição sistêmica mostrou correlação com estes aspectos microbiológicos (MARQUETI et al., 2011). Há relação positiva entre pobre higiene oral e presença de estomatites relacionadas a prótese (EVREN et al., 2011).

O papel do dentista nas ILPI

A Política Nacional do Idoso (BRASIL, 2006) considera que é do Estado, sociedade e família a responsabilidade para assegurar ao idoso sua cidadania, assim como o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2004) que garante prioridade dessa população à vida, saúde, alimentação e outros.

Levando-se em consideração a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pelas

Leis 8080 e 8142 (1990), o Estado tem a obrigação de oferecer o tratamento necessário de saúde à população, principalmente se essa população é de risco, como a idosa e institucionalizada. O Programa Saúde da Família tem como objetivo unir o idoso ao serviço, com possibilidade de apoio domiciliar, valorizando o cuidado comunitário na família e a atenção básica. O apoio social melhora a saúde das pessoas, protegendo-as, ajudando na sua autonomia e compartilhando saberes de lidar com o processo saúde doença. Nisso a promoção a saúde deve ajudar reduzindo a desigualdades em saúde, favorecendo ambientes saudáveis (ARAÚJO et al., 2006).

Portanto, fica claro o papel do cirurgião-dentista que trabalha no SUS. Mas mesmo nas instituições particulares ainda há a carência desse profissional que deveria estar inserido dentre os outros profissionais de saúde que usualmente fazem parte do corpo clínico de uma ILPI.

A presença de dentistas em ILPI de Belo Horizonte é pequena, geralmente não há medidas preventivas. Há negligência em relação à saúde bucal dos idosos, nas instituições, devido excesso de serviço e falta de tempo. Há excesso de placa e higiene inadequada das próteses (FERREIRA et al., 2011). A situação precária da saúde bucal foi evidenciada em exames de institucionalizados em 2006, período anterior a implantação da prótese pelo SUS de Belo Horizonte (FERREIRA et al., 2009). O uso de próteses em idosos é pequeno em relação a necessidade apresentada (SIMOES et al., 2011). O cuidado odontológico pelo dentista deve ser estimulado em ILPI e cuidadores treinados quanto a higiene bucal (GLUHAK et al., 2010).

Considera-se que nem sempre a percepção do paciente coincide com a necessidade técnica, mas essa deve ser atendida, dentro de critérios que não o prejudiquem, porque sua vontade deve guiar seu tratamento (CAMPOS et al., 2014; SIMOES, et al., 2011).

Com relação aos cuidadores, estudos mostraram que apenas 19% fizeram algum treinamento e 14,3% receberam orientação sobre saúde bucal. Há necessidade de uma orientação em saúde bucal pelos cuidadores (RABBO et al., 2012).

O que é qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde bucal?

A qualidade de vida (QV) é conceituada como sinônimo de saúde (MICHALOS et al., 2000), felicidade e satisfação pessoal (RENWICK et al., 1996) condições de vida (BUSS, 2000), estilo de vida (NAHAS, 2003), dentre outros (PEREIRA, 2012). Embora os conceitos na literatura sejam variados, nota-se que existe uma tendência de não focar a definição QV apenas no bem-estar físico, emocional e mental da saúde. A conceituação de QV tende a ter uma visão mais global do indivíduo, incluindo todas as dimensões da sua vida como família, trabalho, amigos, situações do cotidiano e sua percepção pessoal (GILL e FEISNTEIN, 1994). A qualidade de vida, então é considerada como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL,1994).

A relação entre qualidade de vida e saúde bucal tem sido estudada (WOLF, 1998; VARGAS e PAIXÃO, 2005). Embora seja difícil medir as condições de saúde bu-

cal em estudos populacionais, já que a odontologia tende a usar critérios clínicos, os quais não permitem avaliar o real impacto dos problemas bucais na vida dos indivíduos (LACERDA et al., 2008), avaliar esse impacto na qualidade de vida é importante, uma vez que problemas relacionados à saúde bucal podem interferir no desempenho das funções diárias dos idosos (ATCHISON e DOLAN, 1990; SLADE e SPENCER, 1994), além do mais pode ser um auxiliar nos planejamentos em políticas públicas de saúde (SISCHO; BRODER, 2011).

Como avaliar qualidade de vida relacionada à saúde bucal em idosos?

O WHOQOL - The World Health Organization Quality of Life - é um Grupo de Estudos em Qualidade de Vida, criado em 1995 pela OMS. Até o momento o grupo já desenvolveu dois instrumentos gerais de medida de qualidade de vida: o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref. Os instrumentos desenvolvidos ratificam os pressupostos de que qualidade de vida é uma construção subjetiva (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composta por elementos positivos (por exemplo, mobilidade) e negativos (dor) (MINAYO e HARTS, 2000).

Os instrumentos (questionários) são baseados na classificação multidimensional de doença a partir do modelo de “impairments, disabilities and handicaps” (prejuízos, incapacidades e desvantagens) (WHOQOL, 1995). Alguns questionários desenvolvidos, abordam a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB); sendo que o GOHAI (ATCHISON e DOLAN, 1990) e o The Oral Health Impact Profile (OHIP-Edent) (ALLEN e LOCKER, 2002) são os instrumentos amplamente utilizados entre adultos e idosos (MESKO e PATIAS e PEREIRA-CENCI, 2013).

O índice GOHAI consiste de um formulário de 12 questões e avalia, nos últimos três meses, se o indivíduo idoso apresentou algum problema funcional, doloroso ou psicológico devido a problemas bucais (ATCHISON e DOLAN, 1990). Já o OHIP-Edent é formado por 19 questões que tem como objetivo avaliar o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos desdentados, nos últimos 6 meses (ALLEN e LOCKER, 2002; SOUZA et al., 2007). Nota-se que quando a população de estudo é desdentada o OHIP-Edent é considerado melhor instrumento que o GOHAI (MESKO e PATIAS e PEREIRA-CENCI, 2013).

A versão brasileira do OHIP-Edent foi validada por Souza et al. (2007) a partir do instrumento original desenvolvido no Reino Unido por Allen e Locker (2002). A validação é uma etapa importante, já que traduz o instrumento para língua da localidade respeitando os aspectos transculturais. As perguntas incluem 7 domínios que seguem uma sequência hierárquica: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, deficiência física, deficiência psicológica, incapacidade e disfunção social. As três opções de resposta são apresentadas utilizando uma escala tipo Likert: nunca, às vezes e quase sempre. Maiores pontuações do OHIP-Edent indicam impacto na QVRSB (SOUZA et al., 2007).

O questionário OHIP -Edent (Quadro 1) é um instrumento de mensuração da QVRSB do idoso reabilitado com prótese dentária que pode ser incorporado na

Atenção Primária pelo clínico. As questões abordam o uso da prótese nos últimos 6 meses e para cada pergunta do questionário tem três opções de resposta (nunca, às vezes ou quase sempre). Após respondido, as questões são pontuadas: 0 (nunca), 1 (às vezes) ou 2 (sempre). A somatória das pontuações das perguntas gera um índice OHIP que pode variar de 0 a 38. Quanto maior o índice OHIP, maior a percepção de impacto negativo na QVRSB do idoso.

QUADRO 1. Questionário OHIP-Edent para avaliar o impacto na QVRSB

Impacto pelo OHIP-Edent (últimos 6 meses)
Limitação funcional
01) Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) sentiu dificuldade para mastigar algum alimento devido a problemas com as dentaduras? (0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre
02) Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) percebeu que as dentaduras retinham alimento? (0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre
03) Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) sentiu que a sua dentadura não estava corretamente assentada? (0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre
Dor física
04) Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) sentiu sua boca dolorida? (0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre
05) Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) sentiu desconforto ao comer devido a problemas com as dentaduras? (0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre
06) Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) teve pontos doloridos na boca? (0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre
07) Nos últimos 6 meses, suas dentaduras estavam desconfortáveis? (0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre
Desconforto psicológico
08) Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) sentiu preocupado (a) devido a problemas dentários? (0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre
09) Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) sentiu constrangido por causa das dentaduras? (0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre
Deficiência física
10) Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) teve que evitar comer alguma coisa devido a problemas com as dentaduras? (0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre
11) Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) se sentiu impossibilitado (a) de comer com as suas dentaduras devido a problemas com elas? (0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre
12) Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) teve que interromper suas refeições devido a problemas com as dentaduras? (0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre
Deficiência psicológica
13) Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) se sentiu perturbado (a) com as dentaduras? (0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre
14) Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) esteve em alguma situação embaraçosa devido a problemas com as dentaduras? (0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre
Disfunção social
15) Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) evitou sair de casa devido a problemas com as dentaduras? (0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre
16) Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) foi menos tolerante com seu cônjuge ou familiar devido a problemas com as dentaduras? (0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre
17) Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) esteve um pouco irritado (a) com outras pessoas devido a problemas com as dentaduras? (0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre
Incapacidade
18) Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) foi incapaz de aproveitar totalmente a companhia de outras pessoas devido a problemas com as dentaduras? (0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre
19) Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) sentiu que a vida em geral foi menos satisfatória devido a problemas com as dentaduras? (0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre

É importante considerar que o impacto do uso das próteses na QVRSB pode ser influenciado por outras variáveis, sendo que essa intervenção pode ser direta ou não. Aspectos referentes às condições socioeconômicas, demográficas e ambientais, são abordados em alguns estudos como fatores confundidores ou contribuintes para a QVRSB dos indivíduos reabilitados (LOCKER; QUIÑONEZ, 2011; WILSON; CLEARY, 1995). Além disso, aspectos referentes às condições clínicas ou às próprias condições da prótese e seu uso, podem influenciar na percepção de QVRSB do indivíduo (JOHN et al., 2004; MAKHIJA et al., 2006).

Mensurar o impacto na QVRSB requer a avaliação de diversas variáveis. Essa abordagem ampla permite reduzir as limitações existentes nas medidas de QVRSB que, apesar de essencial na avaliação das consequências e benefícios de intervenções terapêuticas, trata-se de uma avaliação complexa, multidimensional e subjetiva (LOCKER; ALLEN, 2007). Isso não diminui a importância do uso do OHIP -Edent como instrumento para a mensuração da QVRSB, mas mostra que não podemos avaliar desassociado do contexto do indivíduo.

Além disso, vale a pena ponderar que a condição bucal pode não ser percebida como importante para o indivíduo (LOCKER; QUIÑONEZ, 2011).

O uso de prótese interfere na qualidade de vida?

O uso de prótese interfere na QVRSB tanto positivo quanto negativamente. Importante destacar que o sucesso da reabilitação não se deve apenas a habilidade técnica, mas ao processo de adaptação individual que interfere se o paciente vai usar ou não a prótese (COSTA et al., 2013; LELES et al., 1999).

Impactos positivos:

- Devolve parte da capacidade mastigatória perdida.
- Melhora a fonação (TELLES, 2011).
- Devolve a estética.
- Promove a reinserção social (AGOSTINHO, 2015; COSTA, 2013).

Impactos negativos:

- Dificuldades com a mastigação podem persistir (ALLEN, 2005).
- A modificação morfofuncional pode dificultar a acomodação e a estabilidade (CUNHA e FELÍCIO e BATAGLION, 1999; CALDAS JÚNIOR et al., 2005; FAZITO e PERIM e DI NINNO, 2004; OLCHIK et al., 2013).
- Dor e lesões na cavidade bucal durante a fase de ajustes e adaptação.
- Medo que a prótese solte na frente das pessoas.

Em que o dentista pode contribuir para qualidade de vida relacionada à saúde bucal de seus pacientes?

Durante a confecção da prótese é importante que o dentista explique para o paciente que há limitações na reabilitação. Essas informações devem ser bem es-

clarecidas para o paciente para que não crie expectativas inalcançáveis. O paciente precisa estar ciente de suas condições clínicas, como, altura de rebordo, presença de rebordo flácido, até mesmo alterações sistêmicas que possam interferir na retenção da prótese, como fluxo salivar reduzido.

É importante que o profissional ofereça uma prótese com qualidade, no que refere aos seus aspectos técnicos. Já que alterações na qualidade, como uma estética dentária aprimorada mostrou que não trouxe melhoras na QVRSB, o estudo descreve que a preferência do paciente foi motivada pelo desejo em disfarçar seu edentulismo. Essa comprovação clínica é fundamental para o dentista, já que chama sua atenção da necessidade de identificar o que é mais importante para os pacientes e que irá atender a sua expectativa (ELLIS et al., 2010).

Um fator que também pode contribuir na melhora da QVRSB do indivíduo, é o profissional avaliar outras possibilidades, antes de propor a troca da prótese. Estudo de Scott, Forgie e Davis, (2006), relata que a troca da prótese, mesmo que essa apresente desgastes, não levou a uma melhora significativa na QVRSB do paciente. Estudos chegam a relatar que um reembasamento (HANTASH et al., 2011) ou até mesmo o uso da fita adesiva (ZAVANELLI et al., 2010) contribuíram para essa melhora na QVRSB.

Lembrando que a prefeitura de Belo Horizonte dispõe de uma Equipe portátil odontológico. Esse equipamento propicia o atendimento domiciliar para os idosos que apresentam comorbidades que dificultam seu acesso até a unidade de saúde. Ressaltando que a oferta da prótese em ambiente domiciliar, pode propiciar para o indivíduo uma melhoria na sua QVRSB, sem gerar prejuízos à qualidade técnica das PT (PEARSON et al., 2007).

REFERÊNCIAS

ADAM, R. Z.; GEERTS, G. A. V. M.; LALLOO, R. The impact of new complete dentures on oral health-related quality of life: scientific. **South African Dental Journal**, v. 62, n. 6, p. 264-268, 2007.

AGOSTINHO, Ana Cláudia Maciel Gava; CAMPOS, Mara Lúcia; SILVEIRA, João Luiz Gurgel Calvet da. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 44, n. 2, p. 74-79, 2015.

ALENCAR, Mariana Asmar et al. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 4, p. 785-796, 2012.

ALLEN, Finbarr; LOCKER, David. A modified short version of the oral health impact profile for assessing health-related quality of life in edentulous adults. **International Journal of Prosthodontics**, v. 15, n. 5, 2002.

ANASTASSIADOU, Vassiliki; ROBIN HEATH, M. The effect of denture quality attributes on satisfaction and eating difficulties. **Gerodontology**, v. 23, n. 1, p. 23-32, 2006..

ANDRADE, Silmara Nunes et al. Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 71, n. 1, p. 42, 2014.

ANVISA. **RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA - RDC nº 283, de 26 de SETEMBRO de 2005**. Disponível em: <www.portalsaude.gov.br> Acesso em 02 jun. 2018.

ARAÚJO, Silvânia Suely Caribé de et al. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, p. 203-216, 2006.

ATCHISON, Kathryn A.; DOLAN, Teresa A. Development of the geriatric oral health assessment index. **Journal of dental education**, v. 54, n. 11, p. 680-687, 1990.

BERG, Einar. A 2-year follow-up study of patient satisfaction with new complete dentures. **Journal of dentistry**, v. 16, n. 4, p. 160-165, 1988.

BRASIL, Casa Civil. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, v. 20, 1990.

BRASIL, Casa Civil. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, v. 1, 1990.

BRASIL. **Lei nº 10.741**, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais**. Brasília: Ministério da Saúde, p.92, 2011.

BRASIL. Ministério de Estado da Saúde. **Portaria no 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, p. 163-177, 2000.

CALDAS JÚNIOR, Arnaldo de França et al. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos. **Rev. ciênc. méd.,(Campinas)**, v. 14, n. 3, p. 229-238, 2005.

CAMPOS, Ana Cristina Viana; VARGAS, Andréa Maria Duarte; FERREIRA, Efigênia Ferreira. Satisfação com saúde bucal de idosos brasileiros: um estudo de gênero com modelo hierárquico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 757-773, 2014.

CARLSSON, G. E.; OMAR, R. The future of complete dentures in oral rehabilitation. A critical review. **Journal of oral rehabilitation**, v. 37, n. 2, p. 143-156, 2010.

COSTA, Anna Paula Serêjo da et al. Qualidade técnica e satisfação relacionadas às próteses totais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 453-460, 2013.

COSTA, Anna Paula Serêjo da et al. Technical quality and satisfaction related to full conventional dentures. **Ciencia & saude coletiva**, v. 18, n. 2, p. 453-460, 2013.

CUNHA, Cristina Campos; FELÍCIO, Cláudia Maria de; BATAGLION, César. Condições miofuncionais orais em usuários de próteses totais. **Pró-fono**, v. 11, n. 1, p. 21-6, 1999.

DE CARLI, João Paulo et al. Lesões bucais relacionadas ao uso de próteses dentárias removíveis. **Rev. Salusvita (Impr.)**, v. 32, n. 1, 2013.

DIAS, Arnaldo de França Caldas et al. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos. **Revista de Ciências Médicas**, v. 14, n. 3, 2012.

ELLIS, Janice S.; THOMASON, J. Mark; MCANDREW, Robert. A pilot study examining the effects of enhanced aesthetics on oral health related quality of life and patient's satisfaction with complete dentures. **The European journal of prosthodontics and restorative dentistry**, v. 18, n. 3, p. 116-122, 2010.

EVREN, Buket Akalin et al. The association between socioeconomic status, oral hygiene practice, denture stomatitis and oral status in elderly people living different residential homes. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 53, n. 3, p. 252-257, 2011.

FAZITO, L. T.; PERIM, J. V.; DI NINNO, C. Q. M. S. Comparação das queixas alimentares de idosos com e sem prótese dentária. **Rev CEFAC**, v. 6, n. 2, p. 143-50, 2004.

FERREIRA, Raquel Conceição et al. Atenção odontológica e práticas de higiene bucal em instituições de longa permanência geriátricas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2323-2333, 2011.

FERREIRA, Raquel Conceição et al. O idoso com comprometimento cognitivo apresenta pior condição de saúde bucal? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3417-3428, 2014.

FERREIRA, Raquel Conceição et al. Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 2375-2385, 2009.

FORGIE, Andrew H.; SCOTT, Brendan JJ; DAVIS, David M. A study to compare the oral health impact profile and satisfaction before and after having replacement complete dentures in England and Scotland. **Gerodontology**, v. 22, n. 3, p. 137-142, 2005.

GILL, Thomas M.; FEINSTEIN, Alvan R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **Jama**, v. 272, n. 8, p. 619-626, 1994.

GLUHAK, Christine et al. Oral status among seniors in nine nursing homes in Styria, Austria. **Gerodontology**, v. 27, n. 1, p. 47-52, 2010.

GOIATO, Marcelo Coelho et al. Lesões orais provocadas pelo uso de próteses removíveis. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 5, n. 1, p. 85-90, 2005.

HANTASH, R. O. et al. Relationship between impacts of complete denture treatment on daily living, satisfaction and personality profiles. **J Contemp Dent Pract**, v. 12, n. 3, p. 200-7, 2011.

LACERDA, Josimari Telino de et al. Saúde bucal e o desempenho diário de adultos em Chapecó, Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 1846-1858, 2008.

LELLES, Cláudio R. et al. Estudo retrospectivo dos fatores associados à longevidade de próteses totais. Parte I-Avaliação subjetiva e queixas dos pacientes. **Brazilian Dental Science**, v. 2, n. 1, 1999.

LEWANDOWSKI, Andressa; BÓS, Ângelo José Gonçalves. State of oral health and necessity of implant dentistry in the oldest old. **Revista da Associação Paulista de Cirurgios Dentistas**, v. 68, n. 2, p. 155-158, 2014.

LOCKER, David; ALLEN, Finbarr. What do measures of 'oral health related quality of life's measure? **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 35, n. 6, p. 401-411, 2007.

LOCKER, David; QUIÑONEZ, Carlos. To what extent do oral disorders compromise the quality of life? **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 39, n. 1, p. 3-11, 2011.

MADHAVAN, Aarthi et al. Prevalence of and risk factors for dysphagia in the community dwelling elderly: A systematic review. **The journal of nutrition, health & aging**, v. 20, n. 8, p. 806-815, 2016.

MAKHIJA, Sonia K. et al. The Relationship Between Sociodemographic Factors and Oral Health-Related Quality of Life in Dentate and Edentulous Community Dwelling Older Adults. **Journal of the American geriatrics society**, v. 54, n. 11, p. 1701-1712, 2006.

MARINI, Caroline et al. O fonema/r/e as alterações do sistema estomatognático, idade, gênero e gravidade no desvio fonológico. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 16, n. 4, 2011.

MARQUETI, Antonio Carlos. Próteses totais removíveis como reservatório de microrganismos oportunistas. 2011. 86 f. **Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, 2011**. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/102338>>.

MELO, Denise Mendonça de; BARBOSA, Altemir José Gonçalves. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & saúde coletiva**, v. 20, p. 3865-3876, 2015.

MESKO, M. E.; PATIAS, R.; PEREIRA-CENCI, T. Is OHIP-EDENT similar to GOHAI when measuring OHRQoL in partial and complete denture wearers. **Dentistry**, v. 3, n. 160, p. 2161-1122.1000160, 2013.

MICHALOS, Alex C.; ZUMBO, Bruno D.; HUBLEY, Anita. Health and the quality of life. **Social Indicators Research**, v. 51, n. 3, p. 245-286, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, p. 7-18, 2000.

MIOTTO, Maria Helena Monteiro de Barros; BARCELLOS, Ludmilla Awad; VELTEN, Deise Berger. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 397-405, 2012

MONTES-CRUZ, Christopher et al. Comportamiento del Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI) y Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) en una población de adultos mayores de la Ciudad de México. **Rev. Odont. Mex**, México, v. 18, n. 2, p. 111-119, jun. 2014

MOZAFARI, Pegah M. et al. Prevalence of oral mucosal lesions in institutionalized elderly people in Mashhad, Northeast Iran. **Gerodontology**, v. 29, n. 2, p. e930-e934, 2012.

NAHAS, Markus Vinicius. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2006. 318 p.

NUÑEZ, Margaret CO et al. Patient satisfaction and oral health related quality of life after treatment with traditional and simplified protocols for complete denture construction. **Gerodontology**, v. 32, n. 4, p. 247-253, 2015.

OLCHIK, Maira Rozenfeld et al. O impacto do uso de prótese dentária na qualidade de vida de adultos e idosos. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 16, n. 3, p. 107-121, 2013.

OLCHIK, Maira Rozenfeld et al. The impact of the use of dental prostheses in the quality of life of adults and elderly. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 16, n. 3, p. 107-121, 2013.

ORDAZ HERNÁNDEZ, Eva; ORDAZ HERNÁNDEZ, Mayra; ZEIDA RODRÍGUEZ PEREIRA, Eva. Salud oral en población geriátrica: experiencia en una casa de abuelos. **Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río**, v. 19, n. 3, p. 423-432, 2015.

PEARSON, Nicola K. et al. The effect of a domiciliary denture service on oral health related quality of life: a randomised controlled trial. **British dental journal**, v. 203, n. 2, p. E3, 2007.

PEIXOTO, Ana Paula; DE CAMPOS PEIXOTO, Gildo; ALESSANDRETTI, Rodrigo. Relação entre o uso de prótese removível e úlcera traumática-revisão de literatura. **Journal of Oral Investigations**, v. 4, n. 1, p. 26-32, 2016.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; DOS SANTOS, Anderlei. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista brasileira de educação física e esporte**, v. 26, n. 2, p. 241-250, 2012.

POISSON, Philippe et al. Relationships between oral health, dysphagia and under-nutrition in hospitalised elderly patients. **Gerodontology**, v. 33, n. 2, p. 161-168, 2016.

RABBO, Mohammad Abed et al. Dental care and treatment needs of elderly in nursing homes in Saarland: perceptions of the homes managers. **Gerodontology**, v. 29, n. 2, p. e57-e62, 2012.

REGIS, R. R. et al. A randomised trial of a simplified method for complete denture fabrication: patient perception and quality. **Journal of oral rehabilitation**, v. 40, n. 7, p. 535-545, 2013.

RENWICK, R. The center for health promotion's conceptual approach to quality of life: Being, becoming and belonging. In: RENWICK, R., BROWN, I., NAGLER, M. (Eds.), **Quality of life in health promotion and rehabilitation** Newbury Park: Sage Publications, 1996. p. 75-86.

SCHIERZ, Oliver; REISSMANN, Daniel. Influence of guidance concept in complete dentures on oral health related quality of life–Canine guidance vs. bilateral balanced occlusion. **Journal of prosthodontic research**, v. 60, n. 4, p. 315-320, 2016.

SIMÕES, Ana Carolina de Assis; CARVALHO, Denise Maciel. A realidade da saúde bucal do idoso no Sudeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2975-2982, 2011.

SISCHO, Lacey; BRODER, H. L. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. **Journal of dental research**, v. 90, n. 11, p. 1264-1270, 2011.

SIVAKUMAR, Indumathi et al. Changes in Oral Health Related Quality of Life in Elderly Edentulous Patients after Complete Denture Therapy and Possible Role of their Initial Expectation: A Follow Up Study. **Journal of Prosthodontics**, v. 24, n. 6, p. 452-456, 2015.

SLADE, Gary D.; SPENCER, A. John. Development and evaluation of the oral health impact profile. **Community dental health**, v. 11, n. 1, p. 3-11, 1994.

SOUZA, R. F. et al. Reliability and validation of a Brazilian version of the Oral Health Impact Profile for assessing edentulous subjects. **Journal of oral rehabilitation**, v. 34, n. 11, p. 821-826, 2007.

TELLES, Daniel Moraes. **Prótese Total Convencional**. São Paulo: Santos, p.327, 2011.

TELLES, Daniel; HOLLWEG, Henrique; BARBOSA, Luciano de Castellucci. Prótese total: convencional e sobre implantes. In: **Prótese total: convencional e sobre implantes**. 2004.

VARGAS, Andréa Maria Duarte; PAIXÃO, Helena Heloísa. 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. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 1015-1024, 2005.

VILJAKAINEN, Sari et al. Xerostomia among older home care clients. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 44, n. 3, p. 232-238, 2016.

WHOQOL GROUP et al. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: **Quality of life assessment: International perspectives**. Berlin, Heidelberg: Springer, 1994. p. 41-57.

WHOQOL GROUP et al. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social science & medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

WILSON, Ira B.; CLEARY, Paul D. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. **Jama**, v. 273, n. 1, p. 59-65, 1995.

WOLF, Sônia Maria Ribeiro. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent**, v. 52, n. 4, p. 307-16, 1998.

ZAVANELLI, Ricardo Alexandre et al. Impacto do uso de fita adesiva na qualidade de vida de pacientes institucionalizados e usuários de próteses totais convencionais. **Revista de Odontologia da UNESP**, p. 291-297, 2010.

ZENTHÖFER, Andreas et al. Poor dental hygiene and periodontal health in nursing home residents with dementia: an observational study. **Odontology**, v. 105, n. 2, p. 208-213, 2017.