

Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

ÁLVARO ANDRÉS LEÓN MORÁN

Cirurgião Dentista

USO DE PRÓTESES, IMPLANTES E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS

Use of prostheses, dental implants and quality of life in elderly

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas como requisito para obtenção de Título de Especialista em Odontogeriatria.

PIRACICABA

2009

Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

ÁLVARO ANDRÉS LEÓN MORÁN

Cirurgião Dentista

USO DE PRÓTESES, IMPLANTES E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS

Use of prostheses, dental implants and quality of life in elderly

Monografia apresentada à Faculdade
de Odontologia de Piracicaba, da
Universidade Estadual de Campinas
como requisito para obtenção de Título
de Especialista em Odontogeriatria.

Orientador: Prof. Dr. **EDUARDO HEBLING**

PIRACICABA

2009

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**
Bibliotecário: Marilene Girello – CRB-8ª. / 6159

L551u	León Morán, Álvaro Andrés. Uso de próteses, implantes e qualidade de vida em idosos. / Álvaro Andrés León Morán. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2009. 54f. Orientador: Eduardo Hebling. Monografia (Especialização) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. 1. Odontologia geriátrica. 2. Prótese dentária fixada por implante. 3. Auto-avaliação. 4. Geriatria. I. Hebling, Eduardo. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título. (mg/fop)
-------	--

Dedico esse trabalho à **MARITZA**, minha esposa e o amor da minha vida, pelo seu sim perpétuo, renovado e incondicional.

Para meus filhos **ANDREA MARÍA FRANCISCA, RODRIGO, MARGARITA MARÍA E MARÍA MONTSERRAT**, para os quais eu quero deixar um mundo melhor.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. **EDUARDO HEBLING** por compartilhar seu amplo conhecimento, sem reserva nenhuma, pela amizade desenvolvida e a confiança depositada.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa de seu Diretor, Prof. Dr. **FRANCISCO HAITER NETO**, por me permitir acesso a um avançado conhecimento científico na Odontologia.

Aos companheiros de Curso, **ADOLFO, DANIELLE, ESTELA, ELISABETE, MÔNICA E MARIA LÚCIA**, pela compreensão e amizade, elementos claves para um estrangeiro se sentir em casa, apesar da distância.

Aos **PACIENTES IDOSOS DE PIRACICABA**, pela confiança depositada e fraternidade com que me trataram especialmente o Sr. **BENEDITO Adão** (“*in memorian*”) pelos sorrisos e carinho entregados.

A meus pais, **MIREYA E ROBERTO**, pelo apoio constante no longo do curso e por me educar na busca de excelência, sempre com muita humildade.

Ao **SERVICIO DE SAÚDE CONCEPCIÓN DO CHILE**, na pessoa de sua Diretora Dra. **GRACIELA Saldías**, pelo auxílio e apoio para que pudesse fazer esse Curso.

À minhas assistentes **DENNIS, GINA, VERÔNICA E IDULIA**, pelo apoio brindado e pelo cuidado de meus pacientes nos períodos de ausência.

A **NOSSA SENHORA DE APARECIDA**, por estender seu manto protetor por cima de mim.

A **DEUS**, por colocar seus olhos em mim.

“A entrada na terceira idade deve considerar-se um privilégio: não apenas porque nem todos têm a sorte de atingir essa meta, mas também e, sobretudo, porque esse é o tempo das possibilidades concretas de pensar melhor no passado...”

PAPA JOÃO PAULO II (1998)

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	1
RESUMO.....	2
ABSTRACT.....	3
1 INTRODUÇÃO.....	4
2 PROPOSIÇÃO.....	7
3 DESENVOLVIMENTO.....	8
Capítulo 1: Uso de próteses, implantes e qualidade de vida em idosos.....	8
4 CONCLUSÕES.....	45
REFERÊNCIAS.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

GOHAI	<i>Geriatric Oral Health Assessment Index</i> (Índice de Avaliação da Saúde Bucal Geriátrica)
OHRQOL	<i>Oral Health-related Quality of Life</i> (Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Bucal)
QOL	<i>Quality of Life</i> (Qualidade de Vida)
OMS	Organização Mundial de Saúde
EQOLI	<i>Elderly Quality of Life Index</i> (Índice de Qualidade de Vida do Idoso)
Ti	Titânio

RESUMO

As alterações funcionais e o estado psicológico podem influenciar na saúde bucal e no uso de próteses removíveis em pacientes idosos. A auto-percepção da saúde bucal tende a influenciar a procura por atendimento e a qualidade de vida. O conceito de qualidade de vida está relacionado à auto-estima e ao bem-estar pessoal. Cerca de 70% dos idosos apresentam perdas dentárias. A perda dentária causa alterações mastigatórias, fonéticas, psicológicas, na aparência, na socialização e na qualidade de vida do indivíduo. O sucesso do uso de próteses removíveis na substituição das perdas dentárias depende da estabilidade, da retenção, da estética e da oclusão das próteses, além da cooperação do paciente. O uso de implantes dentários na fixação e retenção dessas próteses apresenta grande eficácia, permitindo uma maior satisfação no uso e melhora na mastigação e na qualidade de vida do paciente. O objetivo desse trabalho foi apresentar, por meio de revisão da literatura, a relação entre o uso de próteses, de implantes e a qualidade de vida em idosos. Podemos concluir que: a) a qualidade de vida e a auto-percepção da saúde bucal dos idosos podem ser melhorada pela qualidade das próteses removíveis utilizadas; b) o uso de implantes melhora a qualidade da retenção e estabilidade das próteses removíveis; c) o uso conjunto de próteses e implantes pode melhorar a qualidade de vida dos idosos.

PALAVRAS CHAVE: Odontologia geriátrica; idosos; prótese dentária fixada por implante; qualidade de vida.

ABSTRACT

Functional alterations and psychological status can influence the oral health and the use of removable prostheses in elderly patients. Oral health self-perception tends to influence the demand for care and quality of life. The concept of quality of life is related to self-esteem and well-being. About 70% of elderly showed tooth loss. The tooth loss causes chewing, phonetic, and psychological changes, and appearance, socialization, and quality of life individual alterations. The success of the use of removable prostheses in the replacement of lost teeth depends on the stability, retention, aesthetics and occlusion of the prostheses, as well as the cooperation of the patient. The use of dental implants in the fixation and retention of these prostheses are highly effective, allowing a greater satisfaction in the use and improvement in chewing and quality of life. The aim of this paper was showed, by literature review, the relationship between the use of prostheses, dental implant and quality of life in the elderly. In conclusion: a) the quality of life and oral health self-perception of elderly can be improved by the quality of used removable prostheses; b) the use of dental implants improves the retention and stability of removable prostheses; c) the combined use of prostheses and dental implants can improve the quality of life in the elderly.

KEY WORDS: Geriatric dentistry; implant-supported dental prosthesis; elderly; quality of life.

1. Introdução

O mundo tem experimentado uma alteração demográfica irreversível, pois os idosos estão vivendo mais anos e mais saudáveis do que antigamente. Os aumentos mais dramáticos nas proporções de idosos são evidentes nos grupos de idade mais avançadas (idosos acima de 80 anos), com um aumento de quase cinco vezes na população mundial, passando de 69 milhões, em 2000, a 377 milhões em 2050. A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreveu essa mudança demográfica como sendo o maior desafio social e econômico, pois o aumento da longevidade ocorre igualmente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Entretanto, os países desenvolvidos cresceram ricos antes de envelhecer, enquanto que, nos países em desenvolvimento, a população tornou-se velha antes de obter uma estável seguridade (Chachamovich *et al.*, 2008).

Atualmente, seguindo o aumento da longevidade, um número crescente de idosos está permanecendo com seus dentes naturais, embora ainda haja uma previsão de 30 a 40 anos com observações de prevalência de populações idosas desdentadas no mundo. Para a maioria destes idosos desdentados, a perda de todos os dentes naturais conduz à deficiência, como perda do dente ou perda do osso alveolar, à incapacidade, como problemas na mastigação e na fala, e a desvantagem, como a restrição dos contatos sociais com seus pares e familiares (Anastassiadou & Heath, 2006). Embora a diminuição no edentulismo entre os idosos possa ser observada, o número de idosos aumenta a cada dia, com taxas de crescimento maiores do que as de outros

grupos de idade. Esse fato faz com que a demanda para o tratamento de desdentados se mantenha alta em diversos países, pois cerca de 70% dos idosos apresentam perdas dentárias (Muller *et al.*, 2008).

Outro fator a ser considerado é que mesmo com o aumento da expectativa de vida, a taxa de expectativa de vida saudável decresceu significativamente. Os idosos sobrevivem às doenças crônicas, mas não podem retardar o processo de envelhecimento ou mesmo controlar, satisfatoriamente, as co-morbidades adquiridas. Esse fato induz a um declínio na qualidade de vida desses indivíduos. O conceito de qualidade de vida está diretamente relacionado à auto-estima e ao bem-estar pessoal (Newton, 2008).

A perda dentária causa alterações mastigatórias, fonéticas, psicológicas, na aparência, na socialização e na qualidade de vida do indivíduo. O sucesso do uso de próteses removíveis na substituição das perdas dentárias depende da estabilidade, da retenção, da estética e da oclusão das próteses, além da cooperação do paciente (Jonkman R *et al.*, 1997; Bodic, 2005; Newton, 2008; Kimoto, 2008). A perda dos dentes é seguida pela reabsorção irreversível do osso alveolar. Além de permitir a ancoragem dos dentes aos rebordos alveolares, os ossos maxilares e mandibulares permitem a reabilitação do paciente com uso de próteses removíveis e/ou a colocação de implantes dentários para reter próteses fixas ou removíveis. Mas os resultados funcionais e cosméticos dependem da quantidade e da qualidade do osso remanescente. A reabsorção óssea é maior durante o primeiro ano, com uma taxa de 25% (Bodic, 2005).

A mucosa oral também sofre alterações com a perda dentária. Após a extração dos dentes, o tecido queratinizado mais delgado e sujeito ao desenvolvimento de lesões traumáticas (Kimoto, 2008). O processo de envelhecimento reduz o fluxo salivar, dificultando ainda mais a retenção das próteses removíveis (Silvestre-Donat, Miralles-Jordá e Martínez-Mihi, 2004).

Tornar-se desdentado é um evento desagradável que induz a uma forte influência psicológica negativa na vida do indivíduo. Perder todos os dentes pode ser experimentado como um sinal da perda da vitalidade e de começar a tornar-se idoso. Cerca de 20 a 30% dos usuários de próteses removíveis mostram descontentamento com o seu uso. Quando a qualidade da estabilidade e retenção da prótese é maior, o paciente terá uma melhor habilidade de mastigação e uma atitude psicológica mais positiva, conseqüentemente, sentindo-se mais satisfeito (Jonkman R *et al.*, 1997; Anastassiadou & Heath, 2006).

O uso de implantes dentários pode retardar o processo da reabsorção fisiológica do osso, aumentar a retenção das próteses removíveis e aprimorar a qualidade de vida dos idosos (Burns, 2000).

O objetivo desse trabalho foi apresentar, por meio de revisão da literatura, a relação entre o uso de próteses, de implantes dentários e a qualidade de vida em idosos.

2) PROPOSIÇÃO

O objetivo desse estudo foi apresentar, por meio de revisão da literatura, a relação entre o uso de próteses, de implantes dentários e a qualidade de vida em idosos.

Este trabalho foi realizado no formato alternativo, conforme a deliberação da Comissão Central de Pós-graduação (CCPG) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) nº. 001/98. O trabalho apresentado no Capítulo 1 foi realizado para alcançar o objetivo proposto.

3. Desenvolvimento

Capítulo 1:

Uso de próteses, implantes e qualidade de vida em idosos

Use of prostheses, dental implants and quality of life in elderly

Álvaro Andrés León Morán*

Eduardo Hebling**

* Especialista em Odontogeriatria pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba
- UNICAMP

** Professor Associado do Departamento de Odontologia Social da Faculdade
de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP

Endereço para correspondência:

Prof. Dr. Eduardo Hebling

Av. Limeira, 901

13414-903, Piracicaba, SP, Brasil

Telefone: (19) 2106 5280 Fax: (19) 2106 5218

E-mail: hebling@fop.unicamp.br

Uso de próteses, implantes e qualidade de vida em idosos

Use of prostheses, dental implants and quality of life in elderly

Resumo: As alterações funcionais e o estado psicológico podem influenciar na saúde bucal e no uso de próteses removíveis em pacientes idosos. A auto-percepção da saúde bucal tende a influenciar a procura por atendimento e a qualidade de vida. O conceito de qualidade de vida está relacionado à auto-estima e ao bem-estar pessoal. Cerca de 70% dos idosos apresentam perdas dentárias. A perda dentária causa alterações mastigatórias, fonéticas, psicológicas, na aparência, na socialização e na qualidade de vida do indivíduo. O sucesso do uso de próteses removíveis na substituição das perdas dentárias depende da estabilidade, da retenção, da estética e da oclusão das próteses, além da cooperação do paciente. O uso de implantes dentários na fixação e retenção dessas próteses apresenta grande eficácia, permitindo uma maior satisfação no uso e melhora na mastigação e na qualidade de vida do paciente. O objetivo desse trabalho foi apresentar, por meio de revisão da literatura, a relação entre o uso de próteses, de implantes e a qualidade de vida em idosos. Podemos concluir que: a) a qualidade de vida e a auto-percepção da saúde bucal dos idosos podem ser melhoradas pela qualidade das próteses removíveis utilizadas; b) o uso de implantes melhora a retenção e a estabilidade das próteses removíveis; c) o uso conjunto de próteses e implantes pode melhorar a qualidade de vida dos idosos.

PALAVRAS CHAVE: Odontologia geriátrica; idosos; prótese dentária fixada por implante; qualidade de vida.

ABSTRACTS: Functional alterations and psychological status can influence the oral health and the use of removable prostheses in elderly patients. Oral health self-perception tends to influence the demand for care and quality of life. The concept of quality of life is related to self-esteem and well-being. About 70% of elderly showed tooth loss. The tooth loss causes chewing, phonetic, and psychological changes, and appearance, socialization, and quality of life individual alterations. The success of the use of removable prostheses in the replacement of lost teeth depends on the stability, retention, aesthetics and occlusion of the prostheses, as well as the cooperation of the patient. The use of dental implants in the fixation and retention of these prostheses are highly effective, allowing a greater satisfaction in the use and improvement in chewing and quality of life. The aim of this paper was showed, by literature review, the relationship between the use of prostheses, dental implant and quality of life in the elderly. In conclusion: a) the quality of life and oral health self-perception of elderly can be improved by the quality of used removable prostheses; b) the use of dental implants improves the retention and stability of removable prostheses; c) the combined use of prostheses and dental implants can improve the quality of life in the elderly.

KEY WORDS: Geriatric dentistry; implant-supported dental prosthesis; elderly; quality of life.

INTRODUÇÃO

O mundo tem experimentado uma alteração demográfica irreversível, pois os idosos estão vivendo mais anos e mais saudáveis do que antigamente. Os aumentos mais dramáticos nas proporções de idosos são evidentes nos grupos de idade mais avançadas (idosos acima de 80 anos), com um aumento de quase cinco vezes na população mundial, passando de 69 milhões, em 2000, a 377 milhões em 2050. A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreveu essa mudança demográfica como sendo o maior desafio social e econômico, pois o aumento da longevidade ocorre igualmente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Entretanto, os países desenvolvidos cresceram ricos antes de envelhecer, enquanto que, nos países em desenvolvimento, a população tornou-se velha antes de obter uma estável seguridade (Chachamovich *et al.*, 2008).

Atualmente, seguindo o aumento da longevidade, um número crescente de idosos está permanecendo com seus dentes naturais, embora ainda haja uma previsão de 30 a 40 anos com observações de prevalência de populações idosas desdentadas no mundo. Para a maioria destes idosos desdentados, a perda de todos os dentes naturais conduz à deficiência, como perda do dente ou perda do osso alveolar, à incapacidade, como problemas na mastigação e na fala, e a desvantagem, como a restrição dos contatos sociais com seus pares e familiares (Anastassiadou & Heath, 2006). Embora a diminuição no edentulismo entre os idosos possa ser observada, o número de idosos aumenta a cada dia, com taxas de crescimento maiores do que as de outros

grupos de idade. Esse fato faz com que a demanda para o tratamento de desdentados se mantenha alta em diversos países, pois cerca de 70% dos idosos apresentam perdas dentárias (Muller *et al.*, 2008).

Outro fator a ser considerado é que mesmo com o aumento da expectativa de vida, a taxa de expectativa de vida saudável decresceu significativamente. Os idosos sobrevivem às doenças crônicas, mas não podem retardar o processo de envelhecimento ou mesmo controlar, satisfatoriamente, as co-morbidades adquiridas. Esse fato induz a um declínio na qualidade de vida desses indivíduos. O conceito de qualidade de vida está diretamente relacionado à auto-estima e ao bem-estar pessoal (Newton, 2008).

A perda dentária causa alterações mastigatórias, fonéticas, psicológicas, na aparência, na socialização e na qualidade de vida do indivíduo. O sucesso do uso de próteses removíveis na substituição das perdas dentárias depende da estabilidade, da retenção, da estética e da oclusão das próteses, além da cooperação do paciente (Jonkman R *et al.*, 1997; Bodic 2005; Newton, 2008; Kimoto, 2008). A perda dos dentes é seguida pela reabsorção irreversível do osso alveolar. Além de permitir a ancoragem dos dentes aos rebordos alveolares, os ossos maxilares e mandibulares permitem a reabilitação do paciente com uso de próteses removíveis e/ou a colocação de implantes dentários para reter próteses fixas ou removíveis. Mas os resultados funcionais e cosméticos dependem da quantidade e da qualidade do osso remanescente. A reabsorção óssea é maior durante o primeiro ano, com uma taxa de 25% (Bodic 2005).

A mucosa oral também sofre alterações com a perda dentária. Após a extração dos dentes, o tecido queratinizado mais delgado e sujeito ao desenvolvimento de lesões traumáticas (Kimoto, 2008). O processo de envelhecimento reduz o fluxo salivar, dificultando ainda mais a retenção das próteses removíveis (Silvestre-Donat, Miralles-Jordá e Martínez-Mihi, 2004).

Tornar-se desdentado é um evento desagradável que induz a uma forte influência psicológica negativa na vida do indivíduo. Perder todos os dentes pode ser experimentado como um sinal da perda da vitalidade e de começar a tornar-se idoso. Cerca de 20 a 30% dos usuários de próteses removíveis mostram descontentamento com o seu uso. Quando a qualidade da estabilidade e retenção da prótese é maior, o paciente terá uma melhor habilidade de mastigação e uma atitude psicológica mais positiva, conseqüentemente, sentindo-se mais satisfeito (Jonkman R *et al.*, 1997; Anastassiadou & Heath, 2006).

O uso de implantes dentários pode retardar o processo da reabsorção fisiológica do osso, aumentar a retenção das próteses removíveis e aprimorar a qualidade de vida dos idosos (Burns, 2000).

O objetivo desse trabalho foi apresentar, por meio de revisão da literatura, a relação entre o uso de próteses, de implantes dentários e a qualidade de vida em idosos.

Uso de Próteses Removíveis

Os parâmetros tais como a personalidade do paciente, o relacionamento entre o paciente e o dentista, e a aceitação para o uso de próteses removíveis

novas parece ser significativa para determinar a satisfação do paciente ao tratamento. O sucesso com as próteses removíveis totais depende da capacidade do paciente em se acostumar com o uso destas e de superar muitas das limitações funcionais das próteses (Hunter & Arbona, 1995; Ellis 2007).

Uma prótese nova pode resultar em melhorias na satisfação geral do paciente, em relação à sua percepção quanto à estética, ao conforto e a fala. Entretanto, as novas próteses totais convencionais, frequentemente, não melhoraram todos os resultados funcionais. A mastigação de alimentos fibrosos pode não ser aprimorada com o uso de próteses convencionais novas. Quando comparados com os pacientes mais novos, os pacientes mais velhos tendem a relatar mais problemas funcionais (Turkyilmaz, Company e McGlumphy, 2009).

Cerca de 25% dos pacientes idosos que usam prótese removível total relatam dor ao mastigar e 41% necessitam de mais tempo para completar a mastigação. Isto pode ser relacionado às mudanças fisiológicas relativas ao avanço da idade, tais como a diminuição do controle motor da língua, da força mastigatória e a presença de xerostomia induzida pelos fármacos. Conseqüentemente, o paciente que apresenta boa aceitação e satisfação no uso de prótese removível pode, em longo prazo, com o passar da idade e do tempo, requer o uso de prótese suportada por implantes, devido ao aumento dos problemas funcionais do uso da prótese convencional. Frequentemente, os pacientes que solicitam o uso de implantes apresentam mais problemas psicossociais e funcionais e são mais difíceis de satisfazer do que os pacientes que pedem próteses convencionais. Há uma ampla variação na habilidade dos

pacientes desdentados de tolerarem as próteses totais convencionais. Alguns pacientes adaptam-se facilmente a uma prótese convencional e relatam níveis relativamente elevados da função. Outros pacientes não têm níveis elevados da função mastigatória, mas esta limitação funcional não impacta negativamente nos relatos da qualidade de vida (Turkyilmaz, Company e McGlumphy, 2009).

A maioria dos pacientes que usam próteses totais é satisfeita com suas próteses, sem consideração da qualidade das próteses. Entre 10 a 20% dos usuários de próteses removíveis totais estão descontentes, mesmo que as próteses tenham sido confeccionadas de acordo com todas as normas protéticas. Há uma pobre correlação entre a qualidade das próteses e a satisfação do paciente. Não há nenhuma evidência que uma técnica mais complexa da fabricação, incluindo o uso de arco facial, tenha um melhor resultado clínico na confecção das próteses totais (Carlsson, 2006).

Os pacientes que usam próteses removíveis totais também relataram se sentirem deprimidos, ansiosos e incapazes de funcionar normalmente, fazendo com que as atividades de vida rotineiras precisassem de maiores esforços devido a seu estado mental. Cerca de 22% desses pacientes relataram que haviam reduzido o número de contatos sociais como consequência de sua condição reduzida de saúde bucal. Em torno de 78% desses pacientes relataram que não gostavam da aparência de seus dentes (McNaugher, Benington e Freeman, 2001).

A experiência da perda considerável dos dentes sem possibilidade de obter uma prótese removível é um preditor importante da qualidade de vida

relacionada à saúde oral, e é associada com a qualidade de vida mais baixa. A habilidade mastigatória está reduzida, substancialmente, nos desdentados quando comparada com as pessoas dentadas e é, acentuadamente baixa, nos indivíduos dentados que usam próteses parciais. Existem diferenças menores na habilidade mastigatória entre indivíduos com os arcos completos e aqueles com os arcos curtos. Conseqüentemente, há um falso paradigma de que não seja necessária a substituição dos dentes faltantes por próteses removíveis (McGratha & Bedib, 2001).

Por vezes, a necessidade para indicação de uso de uma prótese é maior do que a necessidade percebida pelos idosos. Homens idosos, acima de 70 anos de idade, residente nas áreas rurais, que não participam de grupos de terceira idade e que não tinham procurado serviços dentais ao longo de suas vidas, tinham uma menor percepção da necessidade para uma prótese quando comparados com o diagnóstico de indicação para uso de prótese do profissional (Colussi *et al.*, 2008).

A avaliação do desempenho mastigatório (avaliação objetiva) e da habilidade mastigatória (avaliação subjetiva) mostrou uma moderada correlação entre condição de saúde bucal e o risco de desnutrição do paciente portador de prótese removível. Esse fato sugere que a escolha do alimento não está relacionada pela somente pela redução na função mastigatória devido a perda dentário e ao uso de prótese (Daly *et al.*, 2003). Contudo, entre as pessoas dentadas, aqueles com menos de seis pares oclusais de dentes (natural ou protético) apresentaram um nível de albumina sérica (no soro) significativamente mais baixo. A presença de menos de seis pares oclusais de

dentes foi um dos dois melhores indicadores da má nutrição, considerando que em desdentados que não usam próteses fora associada fortemente com um índice da massa corporal baixo. Uma função oral diminuída parece estar associada com a deficiência nutritiva (Mojon, 2008).

A boca é o caminho normal para a alimentação. A presença de dor nos tecidos bucais ou a dificuldade para a mastigação, pelo uso de próteses desajustadas, podem influenciar profundamente no desejo e na habilidade do paciente para comer corretamente. Esses fatores podem conduzir a uma dieta desequilibrada, com aporte nutricional deficiente. Entretanto, uma boa condição mastigatória não é essencial para uma boa nutrição. A melhoria na função mastigatória não parece mudar os padrões da dieta. A nutrição não é somente um problema da função mastigatória, depende também de outros fatores, como por exemplo: hábitos, gostos e costumes culturais; condição financeira e organizacional (Wostmann *et al.*, 2008; Muller *et al.*, 2008).

Mesmo relatando um melhor conforto ao mastigar após o uso de prótese, alguns pacientes não consideraram mudanças na dieta. Paciente que apresenta múltiplas patologias sistêmicas e perdas dentárias não consegue identificar sua baixa condição de saúde bucal, pela presença de perda dentária, enquanto experimentaram outros problemas sistêmicos com um impacto maior em seu bem estar (Wostmann *et al.*, 2008). A constatação de uma dieta de qualidade pobre entre adultos desdentados pode ser devido à redução na força da mordida e na eficiência mastigatória causadas pelo uso de próteses totais (Allen, 2005).

Pacientes que foram reabilitados com próteses convencionais ou implanto-retidas (overdentures) não apresentaram nenhuma diferença na condição nutritiva após um ano de avaliação. Apesar disso, os pacientes que usam próteses totais convencionais encontraram dificuldades para mastigar alimentos mais duros. A maior dificuldade mastigatória informada não diminuiu os desejos dos pacientes de comer alimentos mais duros (Muller *et al.*, 2008).

O uso de próteses removíveis pode ocasionar em lesões na mucosa bucal. O diagnóstico de queilite angular, de estomatite e de hiperplasia fibrosa inflamatória foi associado estatisticamente com o uso das próteses. Somente 30,8% de usuários de prótese total não apresentaram nenhum tipo de alteração na mucosa bucal com o uso das próteses. A avaliação da base das próteses mostrou que 14,3% apresentavam perfurações, rachaduras ou fraturas. A presença de dentes artificiais quebrados foi observada em 15,75%. Em 63,7% das próteses avaliadas apresentavam dentes artificiais ausentes ou desgastados. 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. Com respeito à higiene das próteses, 82,1% dos indivíduos apresentaram higiene insuficiente. A higiene de uma prótese removível é tão importante quanto a higiene dos dentes naturais para a manutenção da saúde bucal. Um relacionamento estatisticamente significativo foi mostrado entre a higiene, a presença de lesões bucais e a estomatite protética (Freitas *et al.*, 2008).

Quando a força da oclusão é aplicada a uma prótese total, há uma distorção da mucosa bucal e um deslocamento conseqüente da base da

prótese. Este deslocamento é relacionado com as mudanças na circulação de sangue e dos componentes celulares do tecido conjuntivo. A distorção dos tecidos de suporte e o movimento relacionado da prótese podem resultar na aceleração da reabsorção do rebordo alveolar residual com perda da retenção e estabilidade da prótese (Souza, 2009).

Outras condições relacionadas com o uso de próteses removíveis totais incluem a percepção alterada do paladar, a síndrome de ardência bucal e a sensação de ânsia (Carlsson, 1997)

As pessoas idosas institucionalizados apresentam uma taxa elevada de edentulismo. Os idosos parcialmente dentados possuem um número reduzido de dentes restantes. Mesmo assim, a prevalência de uso de próteses é baixa. Esse fato pode ser explicado pela menor exigência de convívio social e familiar, pela falta de estímulo ao uso de próteses, pela presença de acentuada perda óssea, de dano cognitivo e baixa renda econômica (Ferreira, Magalhães e Moreira, 2008).

Cerca de 64% dos pacientes dormem com suas próteses e os demais pacientes não as removem em nenhum momento durante o dia, à exceção para limpeza. Esse fato pode também ser outra possível causa da presença de lesões na mucosa bucal entre portadores de próteses removíveis. O uso continuado das próteses totais é encontrado mais freqüentemente nos pacientes com estomatite (Barbosa *et al.*, 2008).

Numerosos fatores são envolvidos na entrega bem sucedida no tratamento com PT convencional. Os pacientes percebem o sucesso do tratamento nos termos do aumento da retenção e estabilidade das próteses,

estudos mostraram que acima de 50% das PT mandibulares tem problemas com estabilidade e retenção. Em alguns casos, não é possível conseguir resultados adequados usando o tratamento convencional sozinho, e as alternativas devem ser consideradas. Os pacientes experimentam dificuldades maiores com as próteses convencionais mandibulares do que com as próteses maxilares. A condição biológica mais significativa associada com a retenção da prótese total é a reabsorção fisiológica do rebordo alveolar, tendo por resultado diminuição do volume do tecido para a sustentação da prótese. Os problemas da retenção e da estabilidade têm a influência negativa significativa em resultados do tratamento para próteses mandibulares convencionais. (Burns, 2000)

Avaliações feitas pelos pacientes respeito da habilidade mastigatória, preferências do alimento, satisfação com tratamento, e a qualidade de vida relacionada com saúde oral, são reconhecidas cada vez mais como pontos críticos para o tratamento protético satisfatório. (Fueki *et al.*, 2007)

Muitos pacientes que pedem a confecção das novas PT são idosos e foram desdentados por muitos anos e têm rebordos inadequados para o apoio das próteses. Este grupo paciente é frequentemente intolerante das novas próteses que são diferentes de suas próteses antigas. (Ansari, 1997)

A pesquisa mostrou que a satisfação com as próteses cai aos níveis prévios ao tratamento dentro de dois anos após a entrega. Outros fatores médicos precisam ser considerados também como variáveis da confusão, particularmente em populações idosas. Condições médicas tais como a diabetes, artrite, hipertensão, doença de Parkinson influenciam

significativamente a qualidade de vida relacionada com a saúde. (Heydecke *et al.*, 2004).

São consideradas desvantagens das próteses totais os numerosos detalhes requeridos para a fabricação apropriada, a falta da estabilidade e retenção especialmente na mandíbula, a perda continuada do osso alveolar que conduz a uma maior instabilidade e falta da retenção. Deficiência mastigatória, especialmente se o ajuste é insuficiente. Preocupação na convivência social pelo temor ao deslocamento e a aparência não natural. Os pacientes que usam tais próteses podem acreditar que controle odontológico não é mais necessário (Doundoulakis *et al.*, 2003).

Pacientes idosos com experiência no uso de próteses são mais receptivos para aceitar as limitações do uso delas que os mais novos, e sugere que os adultos mais velhos com uma história longa de uso de próteses aceitam o edentulismo como parte do processo do envelhecimento. A atitude para o edentulismo e a satisfação com o uso das PT no futuro será influenciada pelas tendências atuais na saúde dental do adulto. Muitos adultos desenvolveram as habilidades requeridas para superar as limitações das próteses e aprende-las aceitar com o passo do tempo. Entretanto, alguns pacientes não lidam bem com a perda dos dentes naturais, e são classificados como mal adaptados; Já seja que podem se adaptar fisicamente, mas não emocionalmente ou não podem se adaptar fisicamente ou emocionalmente ou não podem e não usam as próteses, que são depressivos crônicos, e que se isolam da sociedade. (Allen & McMillan, 2003).

Os pacientes neuróticos foram significativamente menos satisfeitos com as próteses totais. Os traços da personalidade não influenciaram o uso das próteses. (Fenlon, Sherriff e Newton, 2007)

Para o atendimento do idoso desdentado se deve ter presente as possíveis dificuldades de compreensão durante a comunicação verbal e a presbiacusia vem sendo apontada como causa mais freqüente da deficiência auditiva em pessoas idosas. (Veras e Mattos, 2007).

Uso de Implantes

Exaustivos estudos científicos foram realizados na década passada para determinar se o benefício de um overdenture mandibular e dois implantes fosse uma melhor primeira opção de tratamento do que a dentadura convencional. Dois implantes são considerados o número mínimo necessário para o tratamento mandibular do overdenture. (Burns, 2000; Mc Gill Consensus, 2002; Doundoulakis *et al.*, 2003)

Mas a influência negativa que o tratamento mandibular do overdenture e implantes podem ter (síndrome da combinação) requer a compreensão adicional. (Burns, 2000)

Os implantes têm revolucionado a odontologia restauradora e forneceram benefícios para o cuidado do paciente. As dentaduras implanto-suportadas, já seja overdenture total ou híbrido, melhoram significativamente a qualidade de vida para os pacientes desdentados comparados com as PT convencionais. (Walton, 2005; Turkyilmaz, Company e McGlumphy, 2009).

Embora se mostrasse que os pacientes estão mais satisfeitos com as próteses suportadas por implantes do que com dentaduras convencionais e da preocupação que os implantes mandibulares estariam sobrecarregados, a taxa da sobrevivência dos implantes sob overdentures variaram 97 a 100%.(Tang *et al.*, 1997).

Overdentures retidas pelos implantes ou PT feitos após uma vestibuloplastia e aprofundamento do assoalho da boca fornecem uma solução mais satisfatória que as PT tradicionais. Após um ano, a satisfação com as próteses e a habilidade mastigatória eram maiores no grupo tratado com as overdentures mandibulares retidas pelos implantes. (Boerrigter *et al.*, 1995, Burns, 2000)

Edentulismo é um problema de saúde significativo nos Estados Unidos e continuará a ser do interesse no futuro. Os problemas da retenção e da estabilidade têm a influência negativa nos resultados do tratamento para prótese total mandibular convencional. (Burns, 2000)

Mostrou-se que os relacionamentos entre medidas objetivas do desempenho da mastigação e estimativas da percepção da habilidade mastigatória são fracos nos pacientes que usam prótese convencional e dentaduras implanto-suportadas ou retidas (Fueki *et al.*, 2007)

A literatura e a experiência clínica indicam que as próteses implanto-suportado fornecem resultados possíveis de predizer como a estabilidade e função melhorada e um grau elevado de satisfação em comparação às dentaduras removíveis convencionais. (Doundoulakis *et al.*,2003)

A colocação de implantes dentais e a inserção de próteses implanto-suportado foram mostradas para reduzir substancialmente a perda do osso na maxila desdentada, indicando a importância do estímulo funcional ao osso (Carlsson, 1997; Burns, 2000; Doundoulakis *et al.*, 2003)

Foram encontradas muitas vantagens do overdenture implanto-suportado: Somente precisa dois a quatro implantes para a sustentação, estabilidade e retenção boa, função e estética melhorada, reabsorção do rebordo residual reduzida. A prótese implanto-suportado é mais simples e existe a possibilidade da incorporação de dentadura existente na prótese nova (Doundoulakis *et al.*, 2003)

A maioria dos indivíduos desdentados idosos que ainda não tem experimentado tratamento de overdenture mandibular e dois implantes são dispostos pagar o custo, particularmente quando o pagamento pode ser feito em prestações mensais. (Esfandiari *et al.*, 2009)

Quando o custo do tratamento é eliminado como fator, dois terços dos pacientes aceitam a oferta do tratamento gratuito com os implantes para reter suas próteses mandibulares. (Walton, 2005)

Há uma diferença vasta entre o que as pessoas querem e o que eles requerem. O dentista pôde encontrar-se com mais sucesso se chamasse a melhor plano “o ideal”, a seguir oferecer uma “sugestão de compromisso” e possivelmente um “plano alternativo”. Então, após ter explicado as várias opções do tratamento, o dentista pode ajudar ao paciente tomar uma decisão perguntando “que planejamento você sente servirá melhor suas necessidades”. (Patil & Patil, 2009)

Oitenta por cento daqueles pacientes que se queixam da função mastigatória diminuída, dos problemas na fala, da dor e da insatisfação com a aparência de suas dentaduras convencionais poderia ser predito para escolher implantes, mas existe também um outro grupo que recusa uma oferta do tratamento do implante mesmo que fora sem custo para eles. (Walton, 2005)

A qualidade de vida das pessoas com Doença de Parkinson foi melhorada pelo uso de implantes dentais para estabilizar uma overdenture ou suportar uma prótese fixa, nas áreas da satisfação com as próteses, comer, e o bem estar oral. (Packer *et al.*, 2009)

As mulheres idosas são menos satisfeitas com as dentaduras convencionais do que homens idosos com consideração à estética e a habilidade mastigatória, mas são igualmente satisfeitas com as overdentures implanto-suportadas. Após 6 e 12 da entrega os idosos desdentados, homens e mulheres com as overdentures implanto-suportadas eram significativamente mais satisfeitos do que aqueles pacientes que usam dentaduras convencionais. (Pan, 2008)

Qualidade de vida

O conceito de qualidade de vida está relacionado à auto-estima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se

vive. O conceito de qualidade de vida, portanto, varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo (Vecchia, 2005)

A análise das respostas acerca da compreensão sobre qualidade de vida em idosos levou para que emergissem onze categorias com seus significados (Vecchia, 2005). A pergunta feita foi: “O que é qualidade de vida para o(a) Sr(a)?

Categoria 1 - Preservando os relacionamentos interpessoais: significa poder manter fortalecidos em número e qualidade os vínculos com a família, contribuindo se possível com a educação de filhos e netos, bem como estendendo a vizinhos e amigos, solidificando sua rede de suporte social na senectude.

Categoria 2 – Mantendo uma boa saúde: qualidade de vida é poder adotar hábitos de vida considerados saudáveis, relativos à alimentação, ao sono, à prática de exercícios físicos regulares e ao não uso de drogas.

Categoria 3 – Mantendo o equilíbrio emocional: promover qualidade de vida é dispor de tranquilidade, bom humor e sentir-se satisfeito com a vida, atributos relativos a saúde mental que ajudam os idosos a se manterem fortalecidos no enfrentamento das atividades diárias e dos desafios impostos pela vivência.

Categoria 4 – Acumulando bens materiais: significa que, ao longo da vida, a pessoa precisa ir conquistando e reunindo bens que possam contribuir para a sua segurança e conforto na senectude. Para tanto, acham necessário ter um bom salário, sabendo poupá-lo, bem como dispor de casa própria. São condições que poderão lhes conferir autonomia quanto: à alimentação,

vestuário, transporte, obtenção de eletrodomésticos, assistência médica e medicamentos necessários.

Categoria 5 – Tendo lazer: significa entretenimento, conjunto de atos que promovem divertimento, distração e relaxamento, contribuindo para a qualidade de vida dos idosos.

Categoria 6 – Trabalhando com prazer: significa que o trabalho, principalmente quando desempenhado com prazer, é um meio para se obter qualidade de vida.

Categoria 7 – Vivenciando a espiritualidade: significa a adesão a um conjunto de dogmas e doutrinas que constituem a anuência pessoal aos desígnios e manifestações relativas à religião.

Categoria 8 – Praticando a retidão e a caridade: significa a sua satisfação em poder praticar a solidariedade e a honestidade.

Categoria 9 – Acessando o conhecimento: qualidade de vida significa ter acesso à educação, apropriando-se de conhecimentos no decorrer da vida, por meio de estudos e leituras.

Categoria 10 – Vivendo em ambiente favorável: qualidade de vida significa poder morar em locais tranquilos, onde ainda se consegue preservar a segurança e a despoluição ambiental.

Categoria 11 - Não respondendo: significa aqueles idosos que preferiram omitir significados à qualidade de vida.

A avaliação da qualidade de vida nas pessoas idosas há se tornado extremamente importante devido a longevidade que à vida humana há alcançado. Ter a vida longa pode resultar em uma vida marcada pela

dependência e inabilidades. As mudanças epidemiológicas que resultam desta transição demográfica conduziram a uma prevalência maior de condições degenerativas crônicas, com seqüela e complicações, produzindo deficiências, dependência, e a necessidade para o cuidado no longo prazo. O processo do envelhecimento é heterogêneo, freqüentemente conduzindo a duas situações extremas, por exemplo, a uma qualidade de vida excelente ou a uma qualidade de vida muito má; muitas possibilidades intermediárias podem ser encontradas entre estes extremos.

Para um portador crônico da doença, a cura não pode ser a finalidade principal tanto como a manutenção de uma qualidade de vida boa. Para profissionais de saúde, a medida da qualidade de vida é um componente vital para avaliar o efeito de seus tratamentos e intervenções.

A qualidade de vida é percepção de uma pessoa do bem estar que se deriva da avaliação de quanto foi realizado de o que idealizado como importante por uma vida boa e do grau de satisfação com o que foi possível para realizar até esse momento. (Paschoal, Jacob e Litvoc, 2007).

As alterações funcionais e o estado psicológico podem influenciar a saúde bucal e o uso de próteses removíveis em pacientes idosos. A autopercepção da saúde bucal tende a influenciar a procura por atendimento e a qualidade de vida.

No entanto, as diversas correntes de opinião concordam que a qualidade de vida apresenta algumas características fundamentais, tais como a subjetividade, a multidimensionalidade e a bipolaridade. A subjetividade vincula-se à avaliação que o indivíduo faz a respeito de si mesmo, associada a

um dado objetivo, em que ao lado da avaliação objetiva, encontra-se a sua própria percepção a respeito. A multidimensionalidade está ligada ao fato de que existem, pelo menos, três dimensões dentro da qualidade de vida a serem abordadas: a física, a psicológica e a social. Em relação à bipolaridade, consideram-se os aspectos positivos e negativos que podem ser aplicados às diversas situações, desde condições de dor até desempenho de papéis sociais (Oliveira, 2006; Torres, 2003)

Segundo estimativas, até o ano de 2025 haverá no mundo aproximadamente 822 milhões de pessoas acima de 65 anos de idade. Quando novas próteses são confeccionadas em substituição às 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. (Oliveira, 2006)

O impacto de uma doença grave sobre o bem-estar do indivíduo é influenciado por seus valores sociais e culturais, assim como por suas expectativas, preferências e por recursos materiais e psicológicos. Podemos encontrar um modelo de saúde no qual estão inseridas as duas dimensões da experiência humana (a doença e a saúde). Em um extremo se encontram as variáveis biológicas e no outro a qualidade de vida. Entre os dois extremos estão os sintomas, o estado funcional do indivíduo e as percepções de saúde. (Torres, 2003; Turkyilmaz *et al.*, 2009)

A qualidade de vida na velhice destaca a necessidade de uma avaliação multidimensional a respeito das relações entre os tempos passado, presente e futuro de um indivíduo com o seu ambiente, associada a critérios sócio-

normativos e intra-pessoais. Nesse modelo de qualidade de vida, cada aspecto da vida pode ser representado em quatro dimensões que podem ser avaliadas e medidas. Tais dimensões são: competência comportamental, qualidade de vida percebida, condições ambientais e bem-estar subjetivo. A saúde bucal é percebida entre os idosos como menos importante que a saúde física geral. Assim, procurar desenvolver uma melhora na percepção da saúde bucal poderá refletir sobre outros aspectos da saúde, de modo que o indivíduo possa avaliar seu estado de saúde geral de uma maneira mais positiva e desenvolver melhor senso de auto-eficácia e aumento de auto-estima.

Num modelo de saúde bucal que consiste numa adaptação da Classificação de Comprometimentos, Incapacidades e Deficiências da OMS. Seleciona os impactos mais significativos e elimina as percepções negativas sobre patologias bucais que são pouco relevantes e que não ocasionam alterações no desempenho diário.

Comprometimento é a perda ou anormalidade anatômica, estrutural, funcional ou como distúrbios nos processos físicos ou psicológicos presentes ao nascimento ou causados por doenças ou agressão externa. Exemplos de comprometimento são o edentulismo; o número de dentes funcionais remanescentes e o componente obturado do índice CPOD; as maloclusões e as doenças periodontais.

Limitação física é a restrição de função esperada, no âmbito do corpo e no âmbito dos órgãos e sistemas que o compõem. Como exemplo pode-se citar a avaliação da limitação da mobilidade da mandíbula utilizada para classificar a gravidade de disfunções temporomandibulares.

Desconforto se entende a avaliação de restrições nas atividades e avaliações subjetivas de bem-estar. É a resposta à doença, exemplificada por auto-relato de dor e desconforto ou outros sintomas físicos e psicológicos.

Incapacidade é um conceito comportamental que é definido como qualquer limitação ou falta de capacidade para desempenhar atividades de vida diária. Inclui não somente a restrição de mobilidade, movimento corporal e autocuidado, mas também várias outras dimensões de bem-estar físico, psicológico e social.

Deficiência que vem a ser a desvantagem experimentada por indivíduos que apresentam comprometimentos e incapacidades e que não respondem às expectativas da sociedade ou de grupos sociais aos quais pertencem. A deficiência resulta das interações entre o indivíduo portador de comprometimento físico e seu ambiente físico e social, que idealmente deveria proporcionar os ajustes necessários ao funcionamento dessa pessoa com as condições que possui, mas que, ao não fazê-lo, limita as possibilidades de alguns de seus membros de funcionarem adequadamente. A desvantagem é, assim, multidimensional e pode envolver perda de oportunidade, privação material e social e insatisfação.

Este modelo pode ser ilustrado com o seguinte exemplo: os pacientes idosos que fazem uso de próteses mal adaptadas ou em mal estado de conservação tem edentulismo (comprometimento) como resultado de doenças como a cárie dentária e periodontites. Isto resulta em dificuldades na mastigação (limitação funcional), que por sua vez restringe sua capacidade de se alimentar (incapacidade), fazendo com que o indivíduo diminua o prazer de

comer e se sinta desconfortável ou evite circunstâncias de contato social onde tenha que mastigar (deficiência) (Torres, 2006)

No Brasil, o último levantamento epidemiológico mostra que os brasileiros na faixa etária de 65 a 74 anos já perderam 93% dos seus dentes (Ministério da Saúde, 2004). Este quadro revela a precariedade da saúde bucal na população idosa brasileira e denuncia a falta de cuidados a que foram submetidos estes indivíduos ao longo de sua vida. Na Odontologia, a preocupação com os idosos reside no fato, entre outros, de que a capacidade mastigatória está intimamente ligada à condição nutricional e esta, à saúde geral dos indivíduos, o que repercute na sua qualidade de vida. Embora a estética dentária seja importante, a cavidade bucal deve ser vista em sua plenitude, pois por meio dela existe a integração social do indivíduo (Unfer, 2006)

Os idosos percebem que a mastigação não é realizada com naturalidade e conforto, e que há necessidade de selecionar o tipo de alimento ou a forma de consumi-lo, por meio de estratégias que facilitem a ingestão. A perda de dentes e a diminuição do fluxo salivar em idosos diminuem a capacidade de mastigar e deglutir adequadamente o alimento, comprometendo a saúde geral e o bem-estar do idoso. A mudança de uma dieta saudável para uma dieta com predominância de carboidratos e alimentos menos consistentes pode 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. (Unfer, 2006)

Na população idosa a presença de prótese é uma situação comum. No caso das removíveis, o processo de higiene bucal exige a retirada da prótese para a limpeza adequada. Isto pode gerar constrangimento aos portadores, principalmente quando não há privacidade no local. Ficar sem as próteses provoca sensações de humilhação, vergonha e sentimentos de desproteção. (Wolf, 1998)

Os dados demonstram que a perda dos dentes está associada com a redução na percepção de qualidades de vida relacionada com a saúde oral, independente do efeito da idade (Steele, 2004)

Estudos feitos nos últimos 30 anos amostram a proporção dos pacientes portadores de próteses totais que são parcialmente satisfeitos com as próteses novas e bem-feitas varia entre 10% e 15%. O nível de satisfação parece diminuir rapidamente durante os primeiros dois anos após a inserção

Entanto a proporção dos pacientes portadores de próteses totais que são totalmente insatisfeito é relatado no intervalo de 20% para 35%.

Entretanto muitos pacientes são satisfeitos e adaptaram-se à sua prótese inadequada. As avaliações que os pacientes fazem de suas próteses às vezes nem correlacionam com avaliações dos clínicos' nem com os fatores anatômicos (Celeby, 2003)

A possibilidade de desajuste das próteses removíveis, por conta da reabsorção óssea ou do desgaste dos dentes artificiais, pode acarretar vários problemas. A adaptação da prótese inferior é sempre mais crítica, pois o índice de reabsorção óssea na arcada inferior é maior que na superior. A falta de acompanhamento e controle da adaptação pode ocasionar o aparecimento de

lesões na mucosa bucal e problemas no sistema neuromuscular, aumentando a incidência de não uso, especialmente as próteses removíveis inferiores (Unfer, 2006)

Embora que os estudos mostrem uma prevalência elevada do edentulismo e o uso de próteses totais, e tenham, na maioria, uma renda baixa e um nível educacional baixo percebem-se positivamente com relação a seu status de saúde oral. Esta incoerência aparente é possivelmente devido às circunstâncias culturais e comportamentais em que a falta dos dentes e o desconforto oral são características típicas no processo de envelhecimento, internalizado pelas pessoas idosas como uma consequência inevitável da velhice. Assim nas gerações futuras, haverá uma necessidade mais baixa para extrações múltiplas dos dentes e próteses totais, assim a responsabilidade para a saúde oral está transferida aos indivíduos mesmos e à sociedade a traves da instrução. (Nunes e Abbeg, 2008)

Uma associação significativa foi encontrada para cinco de treze medidas da saúde oral, da saúde, e do nível da inabilidade: Um OHRQOL (oral health related quality of life ou qualidade de vida relacionado com a saúde oral) pior foi associado com a necessidade percebida para o tratamento dental, pobre auto-avaliação de saúde, uma pior saúde mental, tendo menos de 17 dentes naturais e com o nível cognitivo relativamente pobre. (Jensen, 2008).

A auto-percepção da saúde oral é uma medida importante para avaliar a saúde e a qualidade de vida dos idosos. As medidas da saúde oral derivaram-se historicamente dos modelos baseados na doença. Daqui, os indicadores objetivos e quantitativos foram usados na maior parte ao avaliar a saúde oral

em estudos epidemiológicos. Entretanto, hoje em dia, as medições da qualidade da vida estão sendo usadas nas avaliações das condições orais, que reflete o interesse crescente na informação subjetiva a respeito do significado de doenças orais para o indivíduo. Entre os idosos, o valor dado às medidas subjetivas torna-se ainda mais importante, considerando que os problemas orais podem ter as repercussões psicológicas e nutricionais. Os critérios clínicos não são suficientes pelo se mesmos para indicar o grau do bem estar da pessoa idoso com relação a sua saúde oral. Há uma associação entre avaliações subjetivas da saúde oral e da saúde geral, que sugere que saúde oral não é somente uma parte integral da saúde geral, mas também os problemas orais podem ser indicadores importantes para uma variedade de comorbidades. O número reduzido dos dentes, o uso de próteses removíveis, ausência total ou parcial de oclusão posterior e fluxo salivar baixo são os problemas orais principais com os quais o auto-percepção negativo da saúde oral é associado, principalmente devido a suas conseqüências para a mastigação e, no general, à qualidade de vida. (Mesas *et al.*, 2008).

Idosos com GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index ou índice de saúde oral do idoso) mais altos foram encontrados ainda que indivíduos tinham um pequeno número de dentes remanescentes ou usavam próteses removíveis. Idosos com os menos de 21 dentes, espaços protéticos anteriores ou menos de nove pares oclusais de dentes naturais relataram um impacto maior em sua qualidade de vida, assim mostrando que os indicadores clínicos estiveram associados com os indicadores subjetivos (Mesas *et al.*, 2008).

A presença de 25 dentes ou de mais esteve relacionada a uma percepção melhorada da qualidade de vida, mas enfatizarem que o relacionamento entre a retenção do dente e a qualidade de vida pareceu depender dos fatos mais complexos, envolvendo fatores culturais, características funcionais e o uso das próteses removíveis. (Steele, 2004)

Em concordância com as perspectivas epidemiológicas atuais, o apoio formal da família ao idoso é um tema de crescente interesse, já que mais e mais idosos permanecerão na comunidade durante boa parte de sua velhice. O tema sobre a qualidade do relacionamento do dia de fornecedor e receptor de cuidados insere-se no campo tradicional de pesquisa em gerontologia (Trentin, 2006)

Em 1900, apenas 1,0% da população tinha idade superior a 65 anos; entretanto, hoje este número atinge 6,2%. Acredita-se que, no ano de 2050, os idosos serão um quinto da população mundial. Este número acentuado traz grandes conseqüências para a sociedade. Portanto, há necessidade de se buscar conhecer os determinantes para melhores condições de vida, bem como as diferentes faces que envolvem o processo de envelhecimento. Nos estudos sobre o processo de envelhecer se encontram, com freqüência, mais referências aos aspectos negativos (perdas e doenças) do que comentários sobre os ganhos associados à velhice (sabedoria, experiência e habilidade nos relacionamentos sociais). Isso se deve à crença de que as perdas só ocorrem na velhice e de que os ganhos estão restritos às fases iniciais do desenvolvimento. Porém, perdas e ganhos ocorrem todas as etapas da vida, embora na velhice haja mais perdas do que ganhos. Envelhecimento não

implica necessariamente em doença e afastamento. O idoso tem potencial para mudar as situações de sua vida e a si mesmo, e tem muitas reservas inexploradas. Os idosos podem se sentir felizes, realizados e atuantes em seu meio social. Muitos estudiosos de diversas áreas, e as pessoas, de um modo geral, têm-se interessado por buscar formas de se chegar a um envelhecimento bem-sucedido e satisfatório. O termo envelhecimento bem-sucedido apareceu na Gerontologia nos anos 60, associado a uma importante mudança ideológica, que consistiu em considerar que a velhice e o envelhecimento não são sinônimos de doença, inatividade ou uma retração geral do desenvolvimento humano. Desde então, a Gerontologia passou a investigar também os aspectos positivos da velhice, o potencial para desenvolvimento e, principalmente, a heterogeneidade associada a este processo (Luz e Amatuzzi, 2008)

CONCLUSÕES

Baseado na revista da literatura e nas limitações desse trabalho, podemos concluir que:

- 1) A qualidade de vida e a auto-percepção da saúde bucal dos idosos podem ser melhoradas pela qualidade das próteses removíveis utilizadas;
- 2) O uso de implantes melhora a retenção e a estabilidade das próteses removíveis;
- 3) O uso conjunto de próteses e implantes pode melhorar a qualidade de vida dos idosos.

REFERENCIAS

1. Allen P and McMillan A . A Review of the Functional and Psychosocial Outcomes of Edentulousness Treated with Complete Replacement Dentures. J Can Dent Assoc 2003; 69(10):662.
2. Allen P F. Association between diet, social resources and oral health related quality of life in edentulous patients. Journal of Oral Rehabilitation 2005 32; 623–628.
3. Anastassiadou V and Heath R. The effect of denture quality attributes on satisfaction and eating difficulties. Gerodontology 2006; 23: 23–32.
4. Ansari I H. A one-appointment impression and centric relation record technique for compromised complete denture patients. J Prosthet Dent 1997; 78:320-3.
5. Barbosa L C *et al.* , Edentulous patients' knowledge of dental hygiene and care of prostheses. Gerodontology 2008; doi:10.1111/j.1741-2358.2007.00190.x.
6. Bodic F. Bone loss and teeth. Joint Bone Spine 72 (2005) 215–221.
7. Boerrigter E M *et al.* , Patient satisfaction and chewing ability with implant-retained mandibular overdentures: a comparison with new complete dentures with or without preprosthetic surgery. J Oral Maxillofac Surg 53:1167-1173,1995.
8. Burns D R. Mandibular Implant Overdenture Treatment: Consensus and Controversy. J Prosthodont 2000; 9: 37-46.
9. Carlsson G E. Facts and Fallacies: An Evidence Base for Complete Dentures. Dental Update April 2006.

10. Carlsson GE. Clinical morbidity and sequelae of treatment with complete dentures. *J Prosthet Dent* 1997; 79:17-23.
11. Celebi A *et al.* , Factors Related to Patient Satisfaction with Complete Denture Therapy. *Journal of Gerontology*: 2003, Vol. 58A, No. 10, 948–953.
12. Chachamovich E *et al.* , Brazilian WHOQOL-OLD Module version: a Rasch analysis of a new instrument. *Rev Saúde Pública* 2008;42(2):308-16.
13. Colussi C F *et al.* , The prosthetic need WHO index: a comparison between self-perception and professional assessment in an elderly population. *Gerodontology* 2008; doi: 10.1111/j.1741-2358.2008.00271.x.
14. Daly R M *et al.* , Associations between self-reported dental status and diet. *Journal of Oral Rehabilitation* 2003 30; 964–970.
15. Doundoulakis J H *et al.* , The implant-supported overdenture as an alternative to the complete mandibular denture. *JADA*, Vol. 134, November 2003: 1455-58.
16. Ellis J S. Conventional Rehabilitation of Edentulous Patients: The Impact on Oral Health-Related Quality of Life and Patient Satisfaction. *J Prosthodont* 2007; 16:37-42.
17. Esfandiari S *et al.* , Implant overdentures for edentulous elders: study of patient preference. *Gerodontology*. 2009 Mar; 26(1):3-10.

- 18.Fenlon M and Sherriff M. An investigation of factors influencing patients' satisfaction with new complete dentures using structural equation modelling. *Journal of dentistry* 36 (2008) 427 – 434.
- 19.Ferreira R C, Magalhães C S and Moreira A N. Tooth loss, denture wearing and associated factors among an elderly institutionalised Brazilian population. *Gerodontology* 2008; 25: 168–178.
- 20.Figueiredo M L F *et al.* , . Gender differences in the oldness. *Rev Bras Enferm* 2007 jul. - ago.; 60(4):422-7.
- 21.Freitas J B *et al.* , Relationship between the use of full dentures and mucosal alterations among elderly Brazilians. *Journal of Oral Rehabilitation* 2008 35; 370–374.
- 22.Fueki K *et al.* , Effect of implant-supported or retained dentures on masticatory performance: A systematic review. *J Prosthet Dent* 2007;98: 470-477).
- 23.Heydecke G *et al.* , Complete dentures and oral health-related quality of life – do coping styles matter? *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 297–306.
- 24.Hunter J M e Arbona S I. The tooth as a marker of developing world Quality of life: a field study in Guatemala. *Soc. Sci. Med.* Vol. 41, No. 9, pp. 1217-1240, 1995.
- 25.Jensen P M. Factors Associated with Oral Health–Related Quality of Life in Community-Dwelling Elderly Persons with Disabilities. *J Am Geriatr Soc* 56:711–717, 2008.

26. Jonkman R *et al.* , An analysis of satisfaction with complete immediate (over)dentures. *Journal of Dentistry*, Vol. 25, No. 2, pp. 107-111, 1997.
27. Kimoto S. Asymptomatic hypoesthesia of the maxillary alveolar ridge in complete denture wearers. *Journal of Oral Rehabilitation* 2008 Sep;35(9):670-6.
28. Luz M M C and Amatuizzi M M. Experiences of happiness in elderly people. *Estudos de Psicologia Campinas* 25(2) 303-307 abril – junho 2008.
29. McGratha C and Bedib R. Can dentures improve the quality of life of those who have experienced considerable tooth loss? *Journal of Dentistry* 29 (2001) 243-246.
30. McNaugher G, Benington I and Freeman R. Assessing expressed need and satisfaction in complete denture wearers. *Gerodontology* 2001; 18 (1): 49-57.
31. Mesas A E T *al.* Factors associated with negative self-perception of oral health among elderly people in a Brazilian community. *Gerodontology* 2008; 25: 49–56.
32. Mojon P *et al.* , Relationship between oral health and nutrition in very old people. *Journal of Oral Rehabilitation* 2008 35; 370–374.
33. Muller K *et al.* , Nutritional and Anthropometric Analysis of Edentulous Patients Wearing Implant Overdentures or Conventional Dentures. *Braz Dent J* 2008; 19(2): 145-150.
34. Newton J. Death is not the major problem: it is ageing and disability. *Gerodontology* 2008; 25: 1–2.

35. Nunes C I P and Abegg C. Factors associated with oral health perception in older Brazilians. *Gerodontology* 2008; 25: 42–48.
36. Oliveira G F. Avaliação qualitativa das próteses removíveis e sua relação com a qualidade de vida em idosos. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. 2006.
37. Packer M *et al.* , The potential benefits of dental implants on the oral health quality of life of people with Parkinson's disease. *Gerodontology* 2009; 26: 11–18.
38. Pan S. Sex differences in denture satisfaction. *Journal of dentistry* 36 (2008) 301–308.
39. Paschoal SMP, Jacob Filho W and Litvoc J. Development of an Elderly Quality of Life Index– EqoLI: Theoretical-conceptual framework, chosen methodology, and relevant items generation. *Clinics*. 2007;62(3):279-88.
40. Patil M S and Patil S B. Geriatric patient: psychological and emotional considerations during dental treatment. *Gerodontology*. 2009 Mar; 26(1):72-7.
41. Silva M E S, Magalhães C S and Ferreira E F. Complete removable prostheses: from expectation to (dis)satisfaction. *Gerodontology* 2008; doi: 10.1111/j.1741-2358.2008.00243.x.
42. Silvestre-Donat FJ, Miralles-Jordá L, Martínez-Mihi V. Dry mouth treatment: an update. *Med Oral* 2004; 9:273-9.

- 43.Souza R F *et al.* , Maxillary complete denture movement during chewing in mandibular removable partial denture wearers. *Gerodontology*. 2009 Mar;26(1):19-25.
- 44.Steele J. *et al.* , How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community dent oral Epidemiol* 2004; 32: 107-14.
- 45.Tang L *et al.* , A Within-subject Comparison of Mandibular Long-bar and Hybrid Implant-supported Protheses: Psychometric Evaluation and Patient Preference. *Dent Res* 1997; 76(10): 1675-1683.
- 46.The McGill Consensus Statement on Overdentures. *Gerodontology* 2002 19 (1) 3-4.
- 47.Torres S V S. Pacientes odontogeríátricos: um estudo exploratório sobre saúde bucal e qualidade de vida. [Tese]. Campinas: UNICAMP/FE 2003.
- 48.Trentini C. M. *et al.* , The perception of older adults' quality of life assessed by themselves and their caregiver. *Estudos de Psicologia* 2006, 11(2), 191-197.
- 49.Turkyilmaz I, Company A M and McGlumphy E A. Should edentulous patients be constrained to removable complete dentures? The use of dental implants to improve the quality of life for edentulous patients. *Gerodontology* 2009; doi:10.1111/j.1741-2358.2009.00294.x.
- 50.Unfer *et al.* , Self-perception of the loss of teeth among the elderly. *Comunic. SaúdeEduc.*, 2006; 19 (10), 217-26.

51. Vecchia R D *et al.* , Quality of life in the elderly: a subjective concept.
Rev Bras Epidemiol 2005; 8(3): 246-52.
52. Veras R P, Mattos L C. Audiology and Aging: literature review and
current horizons. Rev Bras Otorrinolaringol 2007;73(1):128-34.
53. Walton JN, MacEntee MI. Choosing or refusing oral implants: a
prospective study of edentulous volunteers for a clinical trial. Int J
Prosthodont. 2005 Nov-Dec;18(6):483-8.
54. Wolf, S. M. R. The psychological meaning of teeth loss in adult citizens.
O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos.
Rev. APCD, v.52, n.4, p.307-16, 1998.
55. Wostmann B *et al.* , Influence of denture improvement on the nutritional
status and quality of life of geriatric patients. Journal of dentistry 36
(2008) 816–821.

Conclusões

Baseado na revista da literatura e nas limitações desse trabalho, podemos concluir que:

- 1) A qualidade de vida e a auto-percepção da saúde bucal dos idosos podem ser melhoradas pela qualidade das próteses removíveis utilizadas;
- 2) O uso de implantes melhora a retenção e a estabilidade das próteses removíveis;
- 3) O uso conjunto de próteses e implantes pode melhorar a qualidade de vida dos idosos.

REFERÊNCIAS¹

1. Anastassiadou V , Heath R. The effect of denture quality attributes on satisfaction and eating difficulties. *Gerodontology* 2006; 23: 23–32.
2. Bodic F. Bone loss and teeth. *Joint Bone Spine* 72 (2005) 215–221.
3. Burns D R. Mandibular Implant Overdenture Treatment: Consensus and Controversy. *J Prosthodont* 2000; 9: 37-46.
4. Chachamovich E *et al.* , Brazilian WHOQOL-OLD Module version: a Rasch analysis of a new instrument. *Rev Saúde Pública* 2008;42(2):308-16.
5. Jonkman R *et al.* , An analysis of satisfaction with complete immediate (over)dentures. *Journal of Dentistry*, Vol. 25, No. 2, pp. 107-111, 1997.
6. Kimoto S. Asymptomatic hypoesthesia of the maxillary alveolar ridge in complete denture wearers. *Journal of Oral Rehabilitation* 2008 Sep;35(9):670-6.
7. Muller K *et al.* , Nutritional and Anthropometric Analysis of Edentulous Patients Wearing Implant Overdenture Conventional Dentures. *Braz Dent J* (2008) 19(2): 145-150.
8. Newton J. Death is not the major problem: it is ageing and disability. *Gerodontology* 2008; 25: 1–2.
9. Silvestre-Donat FJ, Miralles-Jordá L, Martínez-Mihi V. Tratamiento de la boca seca: puesta al día. *Med Oral* 2004; 9:273-9.

¹ De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviaturas dos periódicos em conformidade com o Medline.