

| | |
|-------------------------------|---|
| Aluno: | Bruno Luís de Carvalho Vieira |
| Orientador: | Andréa Maria Duarte Vargas Flávio de Freitas Mattos |
| Título da Dissertação: | Uso e necessidade de prótese dentária e fatores associados em idosos institucionalizados em um município do sudeste do Brasil |
| Data de defesa: | 06/07/2018 |

| | |
|-------------------------------|---|
| Aluno: | Sarah Christina Rodrigues Meira Reis |
| Orientador: | Viviane Elisângela Gomes Janice Simpson de Paula |
| Título da Dissertação: | Satisfação e qualidade de vida relacionada a saúde bucal de usuários de prótese total |
| Data de defesa: | 30/07/2018 |

PRODUTO TÉCNICO

Capítulo do e-book *Temas em Saúde Pública*, construído coletivamente pelos mestrandos do Curso de Mestrado em Odontologia em Saúde Pública, turma 2016.

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

Bruno Luís de Carvalho Vieira

Sarah Christina Rodrigues Meira Reis

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 utilizado¹, possibilitando um tratamento rápido, de baixo custo, esteticamente aceitável e de fácil higienização²⁻⁴.

É importante relatar que o tratamento reabilitador pode ser realizado fora do ambiente odontológico sem perdas na qualidade técnica da prótese⁵. A reabilitação propicia para o idoso uma possibilidade de restabelecer as funções comprometidas: capacidade mastigatória, fonação⁶ e a estética, promovendo a reinserção social^{7,8} em um curto período de tempo². Entretanto, a adaptação deve ser cautelosa, já que a modificação morfofuncional pode dificultar a acomodação e a estabilidade⁹⁻¹¹. Logo a reabilitação oral é acompanhada de impactos na qualidade de vida relacionada com a saúde bucal¹²⁻¹⁵. 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”¹⁶.

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 idoso¹⁶.

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 rastreio 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 população¹⁷⁻¹⁹.

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 população¹⁸.

A necessidade de prótese entre idosos que vivem com a família é semelhante à dos idosos institucionalizados²⁰. Mas a saúde bucal em idosos vivendo com a família é melhor quando comparada à saúde bucal daqueles que vivem em solidão²¹.

Cerca de 50% de idosos em ILPI apresentam xerostomia, 20% disfagia e 10% problemas de mastigação devido a dentes artificiais²²⁻²⁴.

Idosos institucionalizados apresentam, muitas vezes, um quadro cognitivo precário, como baixo peso¹⁸, 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^{25, 26}. Por exemplo, o risco 2,9 vezes maior de periodontite entre pacientes com demência, muito comum entre institucionalizados²⁷.

Reabilitação com prótese total

Quase 90% dos idosos usam ou necessitam de algum tipo de prótese dentária²⁸. As próteses dentárias representam para esses indivíduos uma possibilidade de reabilitação do sistema estomatognático²⁹. Após instalação da PT o período de adaptação requer atenção do profissional, visto que a modificação morfofuncional pode dificultar a acomodação e a estabilidade, principalmente da prótese total (PT)³¹⁻³⁴. 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^{35, 36}.

Há relação positiva entre a qualidade de vida e o uso de prótese total com relação aos que não usam a prótese³⁷. De acordo com Miotto, Barcellos e Velten (2012)³⁸, 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 insatisfação³⁹.

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 prótese²⁰.

Além do mais os idosos desdentados, geralmente, apresentam rebordo alveolar reduzido, mucosa menos resiliente, tecido muscular em degeneração, fatores que interferem na adaptação da prótese⁴⁰.

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.

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^{40, 41}. 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^{42, 43}, embora não haja evidências que próteses mal adaptadas sejam responsáveis por câncer bucal⁴⁴. Cerca de 44% dos que usam próteses apresentam estomatite⁴⁵.

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 microbiológicos⁴⁶. Há relação positiva entre pobre higiene oral e presença de estomatites relacionadas a prótese⁴⁵.

O papel do dentista nas ILPI

A Política Nacional do Idoso⁴⁷ considera que é do Estado, sociedade e família a responsabilidade para assegurar ao idoso sua cidadania, assim como o Estatuto do Idoso⁴⁸ que garante prioridade dessa população à vida, saúde, alimentação e outros.

Levando-se em consideração a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴⁹, pelas Leis 8080⁵⁰ e 8142⁵¹ (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 saudáveis⁴⁹.

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 próteses⁵¹. A situação precária da saúde bucal foi evidenciada em exames de institucionalizados em 2006, período anterior a implantação da prótese pelo SUS de Belo Horizonte⁵². O uso de próteses em idosos é pequeno em relação a necessidade apresentada⁵³. O cuidado odontológico pelo dentista deve ser estimulado em ILPI e cuidadores treinados quanto a higiene bucal²⁵.

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 ^{39, 54}.

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 cuidadores²⁶.

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

A qualidade de vida (QV) é conceituada como sinônimo de saúde⁵⁴, felicidade e satisfação pessoal⁵⁵ condições de vida⁵⁶, estilo de vida⁵⁷, dentre outros⁵⁸. 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 pessoal⁵⁹. 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”⁶⁰.

A relação entre qualidade de vida e saúde bucal tem sido estudada^{61, 62}. Embora seja difícil medir as condições de saúde bucal 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 indivíduos⁶³, 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^{64, 65}, além do mais pode ser um auxiliar nos planejamentos em políticas públicas de saúde⁶⁶.

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)⁶⁷.

Os instrumentos (questionários) são baseados na classificação multidimensional de doença a partir do modelo de “*impairments, disabilities and handicaps*” (prejuízos, incapacidades e desvantagens)⁶⁸. Alguns questionários desenvolvidos, abordam a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB); sendo que o GOHAI⁶⁴ e o *The Oral Health Impact Profile* (OHIP-Edent)⁶⁹ são os instrumentos amplamente utilizados entre adultos e idosos⁷⁰.

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 bucais⁶⁴. 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^{69, 71}. Nota-se que quando a população de estudo é desdentada o OHIP-Edent é considerado melhor instrumento que o GOHAI⁷⁰.

A versão brasileira do OHIP-Edent foi validada por Souza *et al.* (2007)⁷¹ a partir do instrumento original desenvolvido no Reino Unido por Allen e Locker (2002)⁶⁹. 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)⁷¹.

O questionário OHIP -Edent (Figura 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.

FIGURA 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 |

| |
|---|
| <p>11) Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) se sentiu impossibilitado (a) de comer com as suas dentaduras devido a problemas com elas?</p> <p>(0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre</p> |
| <p>12) Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) teve que interromper suas refeições devido a problemas com as dentaduras?</p> <p>(0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre</p> |
| <p>Deficiência psicológica</p> |
| <p>13) Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) se sentiu perturbado (a) com as dentaduras?</p> <p>(0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre</p> |
| <p>14) Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) esteve em alguma situação embaraçosa devido a problemas com as dentaduras?</p> <p>(0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre</p> |
| <p>Disfunção social</p> |
| <p>15) Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) evitou sair de casa devido a problemas com as dentaduras?</p> <p>(0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre</p> |
| <p>16) Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) foi menos tolerante com seu cônjuge ou familiar devido a problemas com as dentaduras?</p> <p>(0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre</p> |
| <p>17) Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) esteve um pouco irritado (a) com outras pessoas devido a problemas com as dentaduras?</p> <p>(0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre</p> |
| <p>Incapacidade</p> |
| <p>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?</p> <p>(0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre</p> |
| <p>19) Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) sentiu que a vida em geral foi menos satisfatória devido a problemas com as dentaduras?</p> <p>(0) Nunca (1) Às vezes (2) Quase sempre</p> |

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^{72, 73}. Além disso, aspectos referentes às condições clínicas ou às próprias condições da prótese e seu uso, podem influenciar na percepção de QVRSB do indivíduo⁷⁴.

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 subjetiva⁷⁵. 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 indivíduo⁷³.

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^{8, 76}.

Impactos positivos:

- Devolve parte da capacidade mastigatória perdida.
- Melhora a fonação⁶
- Devolve a estética
- Promove a reinserção social^{7,8}

Impactos negativos:

- Dificuldades com a mastigação podem persistir.
- A modificação morfofuncional pode dificultar a acomodação e a estabilidade^{9, 10, 11}
- 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 esclarecidas 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 expectativa⁷⁶.

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)⁷⁷, 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 reembasamento⁷⁸ ou até mesmo o uso da fita adesiva⁷⁹ 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 PTs⁵.

REFERÊNCIAS

1 Catão MHC de V, Xavier AFC, Xavier AFC. O impacto das alterações do sistema estomatognático na nutrição do idoso. *Rev. Bras. Ciên. Saúde/Revista de Atenção à Saúde* 2011; 9: 73-78.

2 Anastassiadou V, Heath MR. The effect of denture quality attributes on satisfaction and eating difficulties. *Gerodontology* 2006; 23: 23-32.

3 Carlsson GE, Omar R. The future of complete dentures in oral rehabilitation. A critical review. *J Oral Rehabil* 2010; 37: 143-156.

4 Sivakumar I, Sajjan S, Ramaraju AV, Rao B. 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. *J Prosthodont* 2015; 24: 452-456.

5 Pearson NK, Gibson BJ, Davis DM, Gelbier S, Robinson PG. The effect of a domiciliary denture service on oral health related quality of life: a randomised controlled trial. *Br Dent J* 2007; 203: E3.

6 Telles D, Hollweg H, Castellucci L. *Prótese total: convencional e sobre implantes*. São Paulo: Editora Santos; 2011.

7 Agostinho ACMG, Campos ML, Silveira JLGC da. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. *Rev. odontol. UNESP* 2015; 44: 74-79.

8 Costa APS, Machado FCA, Pereira ALBP, Carreiro AFP, Ferreira MAF. Technical quality and satisfaction related to full conventional dentures. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18: 453-460.

9 Olchik MR, Ayres A, Presotto M, Baltezan RL, Gonçalves AK. O impacto do uso de prótese dentária na qualidade de vida de adultos e idosos. *Rev Kairós Gerontologia* 2013;16: 107-121.

10 Caldas Junior a A de F, Caldas KU, Oliveira MRM, Amorim AA de, Barros PMF. O impacto do edentulismo na qualidade de vida dos idosos. *Rev de Ciências Médicas* 2005;14: 229-238.

11 Cunha CC, Felício CM, Bataglioni C. Condições morfofuncionais orais em usuários de próteses totais. *Pró-Fono Rev de Atualização Científica* 1999;11:21-26.

12 Nuñez MCO, Silva DC, Barcelos BA, Leles CR. Patient satisfaction and oral health-related quality of life after treatment with traditional and simplified protocols for complete denture construction. *Gerodontology* 2015; 32: 247-253.

13 Regis RR, Cunha TR., Della Vecchia MP, Ribeiro AB, Silva-iovato CH, de Souza RF. A randomised trial of a simplified method for complete denture fabrication: patient perception and quality. *J Oral Rehabil* 2013; 40: 535-545.

14 . Schierz O, Reissmann D. Influence of guidance concept in complete dentures on oral health related quality of life – canine guidance vs. bilateral balanced occlusion. *J Prosthodont Res* 2016; 60: 315-320.

15 Adam RZ, Geerts GA, Lalloo R. The impact of new complete dentures on oral health-related quality of life. *SADJ* 2007; 62: 264-268.

16 Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada, 283 [Internet], Brasília (BR) [cited de 26 de setembro de 2005]. Available from www.portalsaude.gov.br. . Acesso em 02 jun. 2018.

17 Alencar MA, Bruck NNS, Pereira BC, et al. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev. bras. geriatr. gerontol* 2012; 15: 785-796.

18 Ferreira RC, Vargas AMD, Fernandes NCN et al. O idoso com comprometimento cognitivo apresenta pior condição de saúde bucal? *Ciênc. saúde coletiva* 2014; 19: 3417-3428.

19 Melo DM de, Barbosa AJG. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva* 2015; 20: 3865-3876.

20 Lewandowski A, Bós ÂJG. Estado de saúde bucal e necessidade de prótese dentária em idosos longevos / State of oral health and necessity of implant dentistry in the oldest old. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent* 2014;68: 155-158.

21 Ordaz Hernandez E, Ordaz Hernandez M, Zeida Rodriguez Perera E. Salud oral en población geriátrica: experiencia en una casa de abuelos. *Rev Ciencias Médicas* 2015;19: 423-432.

22 Madhavan, Aarthi, LaGorio LA, Crary MA, Dahl WJ, Carnaby GD. Prevalence of and risk factors for dysphagia in the community dwelling elderly: A systematic review *J Nutr Health Aging* 2016; 20: 806-815.

23 Poisson, Philippe, Laffond T Campos S, Dupuis V, Bourdel-Marchasson I Relationships between oral health, dysphagia and undernutrition in hospitalised elderly patients. *Gerodontology* 2016; 33:161-168.

24 Viljakainen S, Nykänen I Ahonen R, et al. Xerostomia among older home care clients. *Community Dent Oral Epidemiol* 2016; 44: 232-238.

25 Gluhak C, Arnetzl GV, Kirmeier R, Jakse N, Arnetzl G. Oral status among seniors in nine nursing homes in Styria, Austria. *Gerodontology* 2010; 27: 47–52.

26 Rabbo MA, Mitov G, Gebhart F, Pospiech P. Dental care and treatment needs of elderly in nursing homes in Saarland: perceptions of the homes managers. *Gerodontology* 2012; 29: e57–e62.

27 Zenthöfer A, Baumgart D, Cabrera T, et al. Poor dental hygiene and periodontal health in nursing home residents with dementia: an observational study. *Odontology*. 2017; 105: 208-213.

28 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.

29 Berg E. A 2-year follow-up study of patient satisfaction with new complete dentures. *J Dent* 1988; 16: 160-165.

30 Telles DM. Prótese Total Convencional. São Paulo: Santos, p.327, 2011.

31 Cunha CC, Felício CM, Bataglioni C. Condições morfofuncionais orais em usuários de próteses totais. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica* 1999; 11: 21-26.

32 Fazito LT, Perim JV, Di Ninno CQMS. Comparação das queixas alimentares de idosos com e sem prótese dentária. Rev CEFAC 2004; 6:143-150.

33 Caldas Junior A de F, Caldas KU, Oliveira MRM de, Amorim AA de, Barros PM de F. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos. Rev Ciências Médicas 2005; 14: 229-238.

34 Olchik MR, Ayres A, Presotto M. Baltezan RL, Gonçalves AK. The impact of the use of dental prostheses in the quality of life of adults and elderly. Rev Kairós Gerontologia 2013; 16: 107-121.

35 Leles CR, Nakaoka MM, Souza RF, Compagnoni MA. Estudo retrospectivo dos fatores associados à longevidade de prótese totais: parte I – avaliação subjetiva e queixas dos pacientes. Pós-Graduação Rev Facul de Odontologia 1999; 2, 61-66.

36 Costa APS, Machado FC de A, Pereira ALBP, Carreiro A da FP, Ferreira MAF. Qualidade técnica e satisfação relacionadas às próteses totais. Ciên Saúde Colet 2013; 18: 453-460.

37 Montes-Cruz C, Teresa JC, Angel CB 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 2014; 18: 111-119.

38 Miotto MHM de B, Barcellos LA, Velten DB. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. Ciênc Saúde Coletiva 2012; 17: 397-405.

39 Campos ACV, Vargas AMD, Ferreira EF. Satisfação com saúde bucal de idosos brasileiros: um estudo de gênero com modelo hierárquico. Cad Saúde Pública 2014; 30: 757-773.

40 Goiato MC, Castelleoni L, Santos DM dos et al. Lesões orais provocadas pelo uso de próteses removíveis. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2005; 5: 85-90.

41 Peixoto AP, Peixoto G de C, Alessandretti R. Relação entre o uso de prótese removível e úlcera traumática - revisão de literatura. Journal of Oral Investigations 2016; 4: 26-32.

42 de Carli JP, Giaretta BM, Vieira R de R, Linden MSS, Ghizoni JS, Pereira JR. Lesões bucais relacionadas ao uso de próteses dentárias removíveis. *Salusvita* 2013; 32: 103-115.

43 Mozafarl PM, Dalirsani Z, Delavarian Z, et al. Prevalence of oral mucosal lesions in institutionalized elderly people in Mashhad, Northeast Iran. *Gerodontology* 2012; 29: e930-e934.

44 Andrade SN, Muniz LV, Soares JMA, Chaves ALF, Ribeiro RIM de A. Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. *Rev Bras Odontol* 2014; 71: 42-47.

45 Evren BA, Uludamar A, Işeri U, Ozkan YK. The association between socioeconomic status, oral hygiene practice, denture stomatitis and oral status in elderly people living different residential homes. *Arch Gerontol Geriatr* 2011; 53: 252-257.

46 Marquetl AC. Próteses totais removíveis como reservatório de microrganismos oportunistas. [doctor's thesis] Araçatuba (SP): Universidade Estadual Paulista (UNESP); 2011. 79 p.

47 Ministério de Estado da Saúde. Portaria no 2.528, de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. [Internet] Brasília (BR); 2006 [cited 2018 June 30] Available from <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/1.-Portaria-Ministerio-da-Saude-n-2.528-2006-Aprova-a-Politica-Nacional-de-Saude-da-Pessoa-Idosa.pdf>.

48 Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde. – 1. ed., 2.ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

49 Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil - de cinco de outubro de 1988. . [Internet] Brasília (BR); 1988 [cited 2016 apr 13] Available from http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.

50 Brasil. 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. [Internet] Brasília (BR); 1990 [cited 2016 apr 13] Available from http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.

51 Brasil. 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. [Internet] Brasília (BR); 1990 [cited 2018 June 3] Available from https://servicos2.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-lei_n_8142.pdf.

51 Ferreira RC, Schwambach CW, Magalhães CS, Moreira AN. Atenção odontológica e práticas de higiene bucal em instituições de longa permanência geriátricas. *Ciênc. saúde coletiva* 2011; 16: 2323-2333.

52 Ferreira RC, Magalhães CS de, Rocha ES, Schwambach CW, Moreira AN. Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25: 2375-2385.

53 Simoes AC de A; Carvalho DM. A realidade da saúde bucal do idoso no Sudeste brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva* 2011; 16: 2975-2982.

54 Michalos AC, Zumbo BD, Hubley, A. Health and the quality of life: social indicators research. *Social Indicators Research* 2000; 51: 245-86.

55 Renwick R, Brown I. The center for health promotion's conceptual approach to quality of life. In: Renwick R, Brown, I.; Nagler, M. (Eds.). *Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues and applications*. Thousand Oaks: Sage, 1996. p.75-86.

56 Buss, PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva* 2000; 5: 163-177.

57 Nahas MV. *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. 4. ed. Londrina: Midiograf, 2006.

58 Pereira ÉF, Teixeira CS, Santos A dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev. bras. educ. fís. esporte* 2012; 26: 241-250.

59. Gill TM, Feinstein ARA. Critical Appraisal of the Quality of Quality-of-Life Measurements. *JAMA* 1994; 272: 619-626.

60 WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J , Kuyken W, (editors). Quality of life assessment:international perspectives. Heigelberg: Springer Verlag;1994. p 41-60.

61 WOLF, S. M. R. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. Rev. APCD 1998; 52: 307-316.

62 Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. Ciênc. saúde coletiva 2005; 10: 1015-1024.

63 Lacerda JT de, Castilho EA, Calvo MCM, Freitas SFT de. Saúde bucal e o desempenho diário de adultos em Chapecó, Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública 2008; 24: 1846-1858.

64 Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. J Dent Educ. 1990; 54: 680-687.

65 Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. Community Dent Health 1994; 11: 3-11.

66 Sischo LHL, Broder HK. Oral Health-related Quality of Life: What, Why, How, and Future Implications. J Dental Research 2011; 90: 1264-1270.

67 Minayo MC de S, Hartz ZM de A, Buss P. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc. saúde coletiva 2000; 5: 7-18.

68 WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995; 41: 1.403-1.409.

69 Allen F, Locker D. A modified short version of the oral health impact profile for assessing health-related quality of life in edentulous adults. Int J Prosthodont 2002; 15: 446-450.

70 Mesko MEI, Patias R, Pereira-Cenci T. Is OHIP-EDENT similar to GOHAI when Measuring Oral Quality of Life in Partial and Complete Denture Wearers? *Dentistry Open* 2013; 3: e1000160.

71 Souza RF, Patrocínio L, Pero AC, Marra J, Compagnoni MA. Reliability and validation of a Brazilian version of the Oral Health Impact Profile for assessing edentulous subjects. *J Oral Rehabil* 2007; 34: 821-826.

72 Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life: A Conceptual Model of Patient Outcomes. *JAMA* 1995; 273: p.59-65.

73 Locker D, Quinones C. To what extent do oral disorders compromise the quality of life? *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39: 3-11.

74 Makhija SK, Gilbert GH, Boykin MJ, et al. The Relationship Between Sociodemographic Factors and Oral Health-Related Quality of Life in Dentate and Edentulous Community-Dwelling Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2006; 54:1701-1712.

75 Locker D, Allen, F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007; 35: 401-411.

76 Ellis JS, Thomason JM, McAndrew R. A Pilot Study Examining the Effects of Enhanced Aesthetics on Oral Health Related Quality of Life and Patient's Satisfaction with Complete Dentures. *Eur. J. Prosthodont. Rest. Dent* 2010; 18: 116-122.

77 Scott BJJ, Forgie AH, Davis DM. A study to compare the oral health impact profile and satisfaction before and after having replacement complete dentures constructed by either the copy or the conventional technique. *Gerodontology* 2006; 23: 79-86.

78 Hantash RO, AL-Omiri MK, Yunis MA, Dar-Odeh N, Lynch E. Relationship between Impacts of Complete Denture Treatment on Daily Living, Satisfaction and Personality Profiles. *The Journal of Contemporary Dental Practice* 2011; 12: 200-207.

79 Zavanelli RA, Magalhães JB, Guilherme AS, Melo LGN de, Cardoso L de C, Zavanelli AC. Impacto do uso de fita adesiva na qualidade de vida de pacientes institucionalizados e usuários de próteses totais convencionais *Rev Odontol UNESP* 2010; 39: 291-297.

