

REABILITAÇÃO PROTÉTICA: sua influência na qualidade de vida

Nicolle Vaz de Almeida Nepomuceno¹, Cíntia Taciana de Albuquerque Machado¹, Amanda Laísa de Oliveira Lima¹, Camila Maria Beder Ribeiro², Aleska Dias Vanderlei²

¹ Centro Universitário CESMAC

² Professora do curso de Odontologia do Centro Universitário CESMAC

Endereço correspondência

Aleska Dias Vanderlei

Rua Cônego Machado, 918, Farol

57051-160, Maceió, Alagoas

aleskavanderlei@hotmail.com

Recebido em 25 de Janeiro (2018) | Aceito em 27 de Janeiro (2018)

RESUMO

Reabilitação protética é utilizada para restabelecer a saúde bucal e estética facial que influencia de forma significativa a Qualidade de Vida (QV) dos indivíduos. O objetivo deste estudo foi avaliar a influência do uso de próteses removíveis sobre a QV de voluntários usuários ou não de próteses removíveis, segundo o OHIP-14. Os voluntários foram divididos em 3 grupos de acordo com a sua condição de reabilitação: grupo 1- pacientes não usuários de prótese, mas que necessitam de reabilitação; grupo 2 - usuários de Prótese Parcial Removível (PPR) e grupo 3 - usuários de Prótese Total (PT). A QV foi avaliada com o instrumento OHIP-14, e foram atribuídos valores de 0-3 pontos= nenhum impacto; 3,01-6 pontos= baixo impacto; 6,01-10 pontos= moderado impacto; e >10,01 pontos= elevado impacto. Foram analisados 217 pacientes dos quais 76% eram do gênero feminino e 24% do gênero masculino, com idade entre 12-86 anos. Os domínios mais acometidos pela QV dos voluntários desta pesquisa foram desconforto psicológico, dor e inaptidão psicológica. Após estratificar o impacto em cada grupo foi observado um impacto elevado na QV dos pacientes do grupo 1, em relação aos demais grupos estudados. Por meio da metodologia empregada observou-se a grande quantidade de pessoas com necessidade de reabilitação com prótese dentária. A reabilitação protética influencia positivamente sobre a QV.

Palavras-chave: Reabilitação Bucal. Qualidade de Vida. Saúde Bucal.

ABSTRACT

Prosthetic rehabilitation is used to restore oral health and facial aesthetics that significantly influences the quality of life (QOL) of individuals. The aim of this study was to evaluate the QOL of patients rehabilitated with dental or needing rehabilitation were considered areas of greatest influence and the group with the greatest impact, according to the OHIP-14. The volunteers were divided into 3 groups according to their condition rehabilitation: group 1 patients who did not use the prosthesis, but need rehabilitation; Group 2 - Users Partial Denture (PDU) and group 3 - Denture users (DU). QOL was assessed with the OHIP-14 instrument, and values of 0-3 points = no impact were assigned; 3.01 to 6 points = low impact; 6.01 to 10 points = moderate impact; and > 10.01 points = high impact. 217 patients of whom 76% were female and 24% male, aged 12-86 years were analyzed. The areas most affected by the QL of the volunteers in this study were psychological discomfort, pain and psychological disability. After stratifying the impact in each group was observed a high impact on the QOL of patients in group 1, compared to the other groups. Through the methodology we observed large numbers of people in need of rehabilitation with dentures.

Keyword: Mouth Rehabilitation. Quality of Life. Oral Health.

1. INTRODUÇÃO

O edentulismo é um grande problema de saúde pública no Brasil [1] e é aceito em algumas culturas, sobretudo em países em desenvolvimento, como algo fisiológico do ciclo da vida [2,3]. Esse fato é reflexo da complexa agregação de fatores que incluem determinantes sociais, culturais e o modelo assistencial vigente (mercantilista) [4,5]. O índice mais utilizado para avaliar o edentulismo é a análise do uso e necessidade de próteses [6].

A perda dentária constitui uma marca da desigualdade social [4] e causa dificuldade nos aspectos relacionados à mastigação, fonação, estética facial e ocasiona a disfunção da articulação têmporo mandibular (DTM) [7]. Além desses fatores citados, causa alterações psicológicas no indivíduo, as quais contribuem para a redução da Qualidade de Vida (QV) dos mesmos [8].

O termo QV se remete a um amplo conceito de bem-estar, o qual depende do auto julgamento do indivíduo, ou seja, sua satisfação ou não com a qualidade subjetiva de sua vida. A avaliação da QV de um determinado indivíduo varia em função de três dimensões, na qual o sujeito encontra-se inserido de maneira física, patológica e social [9].

Com o objetivo de se avaliar o impacto de problemas bucais na QV, foi proposto o Oral Health Impact Profile (OHIP), por Slade e Spencer [10]. O OHIP é formado pelos seguintes domínios: desconforto psicológico, dor, inabilidade psicológica, inabilidade física, limitação funcional, incapacidade e inabilidade social [11]. Este índice originalmente foi composto por 49 perguntas (OHIP-49), e posteriormente foi desenvolvida uma versão reduzida com 14 perguntas (OHIP 14), mantendo as 7 domínios [12]. Atualmente, o OHIP 14 é o instrumento mais usado para avaliar o impacto desfavorável provocado por condições bucais no bem-estar e na QV dos indivíduos [10]. Apresenta propriedades semelhantes às do formato original, entretanto é mais sucinto e necessita de menos tempo para a sua aplicação [12].

A perda dentária leva a alterações da estética facial e esse fator interfere na autoestima e nos relacionamentos interpessoais deixando o indivíduo intimidado/ retraído, dessa forma, é dada a importância estética do sorriso [13]. Esse fato sugere que a preocupação com o a reposição dos dentes perdidos é maior quando a estética está envolvida, e menor quando o restabelecimento da função dentária é necessário [14]. A reabilitação protética tem a necessidade de ser avaliada quanto à sua eficácia no cotidiano dos usuários, por influenciar a percepção de QV dos mesmos [15] e pode ser utilizada para restabelecer a saúde bucal, bem como a estética facial [11].

A literatura demonstra que usuários de Próteses Removíveis (PRs) podem apresentar baixa QV, pelo fato dessas próteses não estarem bem adaptadas ou acarretar dor. Entretanto, quando as suas PRs são substituídas por próteses implanto-suportadas, observa-se que há uma melhora na QV desses pacientes [16].

As próteses parciais removíveis (PPRs) são indicadas para os casos de parcialmente edentados em que não seja possível a indicação de próteses fixas, ou em casos nas quais áreas pequenas devem ser restauradas com próteses fixas e os espaços edêntulos, através de PPRs [17].

As informações sobre a necessidade de Prótese Total (PT) são as mais significativas para a organização de serviços odontológicos, visto que expressa a procura para este tipo de procedimento [18]. O impacto da perda dental e da utilização de próteses removíveis na QV das pessoas é observado nos últimos anos e pesquisas comprovaram que as repercussões são relevantes e não podem ser desprezadas [11].

Diante do exposto, é pertinente avaliar a influência da Reabilitação Protética sobre a QV de usuários reabilitados ou não com artificios protéticos.

2. Materiais e Métodos

Foi realizado um estudo retrospectivo, observacional e descritivo em planilhas de pacientes entrevistados em uma instituição de ensino superior da cidade de Maceió. Os dados foram provenientes da pesquisa intitulada: “Impacto da perda dentária na qualidade de vida”, a qual teve seu protocolo aprovado no CEP do CESMAC em 28 de novembro de 2012 sob o número 1540/12.

A amostra foi composta por voluntários que perderam dentes, mas não usavam prótese, e portadores de próteses removíveis (PPR ou PT) que procuraram atendimento na Clínica Escola de Odontologia do Campus I – Professor Eduardo Almeida do Centro Universitário Cesmac, no período de março à setembro de 2013. Para avaliação demográfica, os dados sobre idade e gênero foram reunidos e distribuídos em gráficos e tabelas de frequência. Os percentuais da quantidade de voluntários de cada gênero foram estratificados pela faixa.

Para avaliação da influência da reabilitação protética sobre a QV, foram incluídos na análise os dados dos voluntários divididos em grupos de acordo com o sua condição de reabilitação em: grupo 1- pacientes não usuários de prótese, mas que necessitam de reabilitação; grupo 2 - usuários de Prótese Parcial Removível (PPR) e grupo 3 - usuários de Prótese Total (PT).

O OHIP-14 foi utilizado para verificar a QV dos indivíduos de acordo com os dados analisados. As respostas possíveis estão expressas no Quadro 2, e apresenta o índice OHIP-14, na versão em português, realizado por Almeida e colaboradores¹⁹. Por meio de entrevista foram relatados os problemas ocorridos (nos últimos 6 meses) segundo a autopercepção referida, e foram classificados quanto à frequência de aparecimento. As perguntas comportam as respostas “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “repetidamente” e “sempre”, as quais foram atribuídos os pesos 0, 1, 2, 3 e 4, respectivamente [20].

Para identificar o domínio de maior impacto sobre a QV dos indivíduos foi considerado a média entre as perguntas do índice OHIP-14. Na análise dos domínios do OHIP são considerados os seguintes aspectos: problemas de pronúncia (pergunta 1), paladar (pergunta 2), dor (pergunta 3), desconforto na alimentação (pergunta 4), desconforto com a condição bucal (pergunta 5), tensão nervosa (pergunta 6), alimentação prejudicada (pergunta 7), interrupção de refeições (pergunta 8), dificuldade de relaxamento (pergunta 9), vergonha (pergunta 10), irritação com outras pessoas (pergunta 11), dificuldade de fazer tarefas diárias (pergunta 12), vida insatisfatória (pergunta 13) e de incapacidade funcional (pergunta 14), e foram agrupadas, duas a duas, em domínios do índice OHIP-14 [20].

Aqueles indivíduos que apresentaram impacto da QV foram categorizados como: nenhum impacto (escore de 0 a 3), baixo impacto (escore de 3,01 à 6), moderado impacto (escore de 6,01 à 10) e elevado impacto (escore acima de 10,01) [16].

Para calcular o OHIP de cada indivíduo foi utilizado o método multiplicativo. Cada uma das 14 perguntas possuía 5 alternativas de resposta e cada resposta possuía uma determinada pontuação, respeitando a aplicação do escalonamento Likert, a pontuação de cada resposta foi multiplicada pelo seu respectivo peso e assim foi somado o resultado dessas multiplicações e obtido o valor total do OHIP, conforme preconizaram os idealizadores do instrumento [10].

Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva com o recurso do programa de computador Microsoft Office Excel e as frequências relativas, bem como os percentuais foram apresentados por meio de figuras e tabelas.

3. Resultados e Discussão

A perda dentária é um evento de forte impacto, que além de causar danos funcionais, é capaz de desequilibrar a organização psíquica e social das pessoas [11]. É interessante conhecer as causas pelas quais se extraem um grande número de peças dentárias, com o objetivo de identificar os elementos de risco, procurando criar estratégias de maneira a evitar as conseqüências do edentulismo [21]. Há uma interrelação entre o maior número de perdas dentárias com piores condições socioeconômicas⁸. A cárie dentária, como principal causa das perdas, tem maior prevalência e ataca numa maior extensão e severamente grupos menos favorecidos sócio economicamente [8].

O edentulismo é reflexo da falta de políticas de saúde para manutenção dos dentes até idades mais avançadas [2,3]. Essa condição é comum entre pessoas de baixo poder aquisitivo, que muitas vezes não tem acesso a educação para cuidar de seus dentes e evitar a sua perda [22]. No presente estudo observa-se que é alta a incidência do edentulismo nessa população que procura atendimento na Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário Cesmac, em Alagoas. Isso pode dever-se ao fato de que faltam políticas públicas de prevenção à perda dentária, posto que as pessoas que procuram tratamento na Clínica Escola de Odontologia – CESMAC, em geral são de baixa renda.

Pacientes que perderam dentes em decorrência de fatores como a cárie dentária e doença periodontal, podem fazer uso de próteses mal adaptadas ou em estado de má conservação [23]. O uso de próteses deficientes resulta em dificuldades na mastigação (limitação funcional), por sua vez restringe a capacidade de se alimentar (incapacidade), que faz com que o indivíduo diminua o prazer de comer e se sinta desconfortável ou evite circunstâncias de contato social onde tenha que mastigar (deficiência) [24]. No presente estudo foi observado que mesmo indivíduos reabilitados com próteses dentárias apresentavam influência negativa sobre a QV, o que pode estar relacionada com a má adaptação das mesmas.

De acordo com a OMS, a definição de QV é a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Portanto, é um conceito muito amplo que incorpora de maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua

relação com características proeminentes no ambiente9. A QV relacionada à saúde bucal está associada ao modo como a condição da boca interfere no cotidiano dos indivíduos, que diminui a capacidade das pessoas no quesito mastigação, fonação e relacionamento interpessoal [24].

O indicador de SB mais influente negativamente sobre a QV é a perda de dentes que pode estar associada ao avanço da idade. Portanto, é importante em qualquer análise de populações inteiras considerar tanto a idade como a perda do dente. Se uma dessas variáveis não é observada, pode resultar na imagem incompleta da influência da SB na QV25, por essa razão, um dos objetivos do estudo foi avaliar a influência da perda dentária sobre a QV e os indivíduos do estudo foram subagrupados de acordo com a sua faixa etária.

O bem estar, elemento fundamental para a QV, é um critério subjetivo e é medido por fatores diferentes dos que são usados para avaliá-lo em outras faixas etárias. Os critérios de percepção de saúde devem ser compatíveis com a idade, o que, por vezes, é relevante na juventude, pode não ser importante na velhice [9]. No estudo foi avaliada a QV em diferentes faixas etárias, na qual foi possível observar uma variação de idade entre 12 a 86 anos de todos os voluntários avaliados que haviam perdido dentes permanentes. Esse dado é preocupante, pois embora a maioria desses indivíduos apresentem idade acima de 30 anos, há uma porcentagem considerável de pessoas jovens (aproximadamente 26% abaixo de 30 anos de idade) que já apresentam ausência dentária definitiva.

No presente estudo foram analisadas 217 fichas, 76% eram do gênero feminino e 24% pertenciam ao gênero masculino. Os resultados encontrados com relação ao gênero estão de acordo com Sardinha et al.26 que obtiveram uma maior prevalência pelo gênero feminino, e que se assemelha com os estudos de Cimões et al. [27], Miotto et al. [28], Machado et al [24]. Provavelmente isso deve-se ao fato da maior disponibilidade de tempo das pacientes para frequentar clínicas de ensino, na maioria das vezes, pelo turno diurno11, além de que as mulheres tendem a apresentar um maior zelo pela saúde, em virtude de sua maior autopercepção, quando comparado com o grupo masculino [29]

A distribuição da quantidade de pacientes por faixa etária foi a seguinte: 12 à 17 anos (10,6%), 18 à 30 anos (15,2%), 31 à 40 anos (21,2%), 41 à 50 anos (16,6%), 51 à 60 anos (18%) e maiores de 60 anos com 18,4% (Ta-

bela 1).

Tabela 1: Distribuição da quantidade de pacientes por faixa etária

Faixa Etária	Nº de pacientes	%
12 – 17	23	10.6
18 – 30	33	15.2
31 – 40	46	21.2
41 – 50	36	16,6
51 – 60	39	18
>60	40	18.4
Total	217	100

Um estudo epidemiológico nacional de saúde bucal, revela uma alta prevalência de edentulismo na população brasileira entre 35 e 44 anos de idade8. Dados semelhantes foram observados no presente estudo, quando observa que 21% das pessoas apresentaram idades entre 31 a 40 anos. O fato desses indivíduos terem perdido os dentes em uma faixa etária muito baixa, pode sugerir dificuldades de acesso às informações sobre prevenção de saúde bucal e falta de tratamento odontológico [30].

O questionário OHIP-14 tem sido bastante utilizado para indicar os aspectos da QV mais acometidos pelo estado de saúde bucal. Além disso, é forte aliado no estabelecimento de melhores abordagens para o atendimento integral ao paciente. O questionário é formado por catorze perguntas, duas para cada uma das sete dimensões do índice: limitação funcional, dor, desconforto psicológico, inabilidade física, inabilidade psicológica, inabilidade social e incapacitação [11]. No estudo analisado foi utilizado o instrumento OHIP-14, que é uma forma resumida do OHIP-49. Este índice foi elaborado originalmente para ser aplicado na forma de questionário, mas devido as características populacionais dos diversos países no qual ele foi validado nada impede que seja aplicado na forma de entrevista [31] como foi utilizado no estudo “O impacto da perda dentária na qualidade de vida”. Os dados do presente estudo foram coletados a partir de um banco construído por meio da

utilização do OHIP-14, que se mostrou ser um método facilmente aplicável e rápido através de entrevista, cujas informações foram organizadas na forma de planilhas.

Uma pesquisa que comparou as formas de aplicação do OHIP-14 (questionário e entrevista) verificou que não foram encontradas diferenças nos escores totais e em cada domínio de acordo com o formato de aquisição das respostas. Os valores mais elevados de adesão foram encontrados no formato de entrevista e escores totais do instrumento não foram influenciados pelo método de administração [13]. No entanto, a aplicação do OHIP-14 no formato questionário pôde resultar em taxas mais baixas de conclusão e perda de dados [31].

Foram analisados 217 pacientes provenientes dos dados da pesquisa intitulado “Impacto da perda dentária na qualidade de vida”. O anexo 8 mostra a distribuição dos 3 grupos: pacientes que não usam próteses mas necessitam de reabilitação (grupo 1), pacientes usuários de PPR (grupo 2) e pacientes usuários de PT (grupo 3). Os pacientes do grupo 1 correspondem a 65%, ou seja, 142 pacientes. Quanto aos usuários de próteses removíveis somam em 35%, sendo 23% pacientes do grupo 2 e no grupo 3 correspondem 12%.

A distribuição quanto a faixa etária mostra que os pacientes do grupo 1, apresentam uma maior porcentagem de indivíduos entre 31 à 40 anos, enquanto que no grupo 2 prevalece a faixa etária ente 31 à 60 anos. Já no grupo 3 a faixa etária de destaque são os pacientes com mais de 60 anos, equivalente a mais de 70% dos pacientes desse grupo. As dimensões que mais afetaram o escore do OHIP-14 no grupo 1 foram desconforto psicológico, visto que a soma do escore dos 142 pacientes atendidos que já ficaram ou ficam sempre preocupados devido problemas nos dentes foi 143,5. Do mesmo grupo a soma do escore dos pacientes que já se sentiram ou se sentem estressados devido a problemas nos dentes foi 109,4; já na dimensão dor, a soma do escore de voluntários que sentiram em algum momento dores na boca ou nos dentes foi de 80,58, do mesmo grupo a soma do escore dos pacientes que sentiram incomodo ao comer algo foi 135,3. Na dimensão inaptidão psicológica a soma do escore dos pacientes que se sentiram ou se sentem envergonhados foi 97,6, do mesmo grupo a soma dos escores dos pacientes que tiveram ou têm dificuldade para relaxar por causa de problemas na boca ou nos dentes foi 93,6. Os dados do presente trabalho reafirmam o estudo de Unfer B. et [32], realizado na Espanha, no qual mostrou que indivíduos que não tenham substituído artificialmente

seus dentes perdidos, podem comprometer sua saúde geral pela perda da eficiência mastigatória, além de colocar em risco a qualidade da nutrição alimentar [14].

As dimensões que mais afetaram o escore do OHIP-14 no grupo 2 foram desconforto psicológico, visto que a soma do escore dos 50 pacientes atendidos que já ficaram ou ficam sempre preocupados devido a problemas nos dentes foi 0,873, do mesmo grupo a soma do escore dos pacientes que já se sentiram ou se sentem estressados devido a problemas nos dentes foi 0,528; Na dimensão dor, a soma do escore dos pacientes que sentiram em algum momento dores na boca ou nos dentes foi 0,5712, do mesmo grupo a soma dos pacientes que já sentiram incomodo ao comer algo foi 0,7656. Já na dimensão inaptidão psicológica a soma do escore dos pacientes que se sentiram ou se sentem envergonhados foi 0,784, do mesmo grupo a soma do escore dos pacientes que tiveram ou têm dificuldade para relaxar por causa de problemas na boca ou nos dentes foi 0,3992. Os dados do presente estudo corroboram com o estudo de Matson [33], demonstra que a prótese parcial removível (PPR) possibilita a reabilitação dos elementos dentários perdidos, além da melhoria dos aspectos que foram desequilibrados juntamente com a perda dos dentes. Fazem parte desse contexto os aspetos psicológico, social, fisiológico e estético do paciente, com igual importância para um completo bem estar associado à saúde emocional e física [11].

As dimensões da QV que foram mais afetadas pela condição de saúde bucal, foram em primeiro lugar desconforto psicológico, em segundo lugar dor e em terceiro lugar inaptidão psicológica, no grupo 1 e 2. As dimensões da QV que foram mais influenciadas no grupo 3, foram dor, desconforto psicológico e limitação funcional, respectivamente. As dimensões que mais afetaram o escore do OHIP-14 no grupo 3 foram dor, visto que a soma do escore dos 25 pacientes atendidos que já sentiram em algum momento dores na boca ou nos dentes foi 0,6496, do mesmo grupo a soma do escore dos pacientes que sentiram incomodo ao comer algo foi 1,029. Já na dimensão desconforto psicológico, a soma do escore dos pacientes que se sentiram ou se sentem estressados foi 0,684, do mesmo grupo a soma do escore dos pacientes que já ficaram ou ficam sempre preocupados devido problemas nos dentes foi 0,418). Já na dimensão limitação funcional a soma do escore dos pacientes que já sentiram em algum momento problemas para falar alguma palavra foi 0,5508, do mesmo grupo a soma do escore dos pacientes que já sentiram o sabor dos alimentos pior foi 0,5096.

Esses dados estão em consonância com os resultados encontrados por Redford et al. [24] que avaliaram os usuários de Prótese Total Convencional (PTC) relataram dificuldades para mastigar, diminuição da autoestima e do convívio social devido aos problemas de instabilidade das próteses mandibulares. Critchlow e Ellis³⁴ confirmam que a altura deficiente de rebordo alveolar, sobretudo mandibular, no momento da reabilitação, certamente estaria associada à dimensão limitação funcional das PTC. A adaptação da prótese inferior é sempre mais crítica, pois o índice de reabsorção óssea no arco inferior é maior em relação ao arco superior [14].

Entre todas as perguntas do instrumento aplicado (OHIP-14), a que provocou as respostas mais destacadas é a que demonstra sobre o paciente se sentir envergonhado devido aos problemas com sua boca ou com sua dentadura – dimensão inaptidão psicológica -, o que foi comprovado por outras pesquisa que discutem a dificuldade de aceitação e o sentimento de humilhação que abrange uma pessoa desdentada [11]. Por conseguinte, o uso de dentes artificiais ou de aparelho protético é capaz de beneficiar a autoestima e as relações interpessoais, uma vez atendidas as expectativas do paciente [14].

Os domínios que mais acometeram a QV dos voluntários desta pesquisa foram desconforto psicológico, dor e inaptidão psicológica. Esse resultado foi ratificado por diversos trabalhos que fizeram esse tipo de análise, sendo que os domínios dor e desconforto psicológico estavam presentes em todos os trabalhos encontrados na literatura [13].

Dentre os grupos estudados o que houve o maior índice referente a “nenhum” impacto, foram os pacientes do grupo 3. Em relação ao “baixo” impacto, foi observado um resultado equivalente (20%, 20% e 16%), nos grupos: 1, 2 e 3, respectivamente. O maior percentual de impacto “moderado” foi observado no grupo 2, em relação aos outros dois grupos. Pode-se observar que no grupo 1, apresentou mais indivíduos com impacto elevado sobre a QV (33%), em comparação aos grupos 2 e 3, com percentuais observados de 24% e 28%, nesta ordem.

Em um estudo realizado com idosos no Líbano demonstrou que os participantes desdentados com próteses superiores e inferiores apresentaram menos impactos na QV relacionada a saúde bucal quando comparados com pacientes desdentados sem prótese, ou com uma única prótese ($p < 0,01$) [35]. Esses resultados

discordam do que foi observado no presente estudo, visto que no grupo 1 e 2, os pacientes apresentam escore “nenhum” em números proporcionalmente semelhantes. Difere do grupo 3, cujo resultado do mesmo escore corresponde a um percentual de 44%. Isso significa que os indivíduos avaliados o fato de usar ou não a prótese não influenciava diretamente na QV.

4. Conclusões

Por meio da metodologia empregada observou-se a grande quantidade de pessoas com necessidade de reabilitação com prótese dentária. Foi constatado que pacientes com faixa etária acima de 31 anos de idade são mais propensos a apresentarem algum tipo de edentulismo, seja total ou parcial. Os domínios que mais influenciaram a QV dos voluntários desta pesquisa foram desconforto psicológico, dor e inaptidão psicológica. O edentulismo em si apresenta grande influência na QV, visto que os pacientes reabilitados ou não, tiveram impacto na QV. Os pacientes usuários de artifícios protéticos apresentam menor índice referente a “elevado” impacto na QV, quando comparado com pacientes edêntulos sem prótese.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Cadernos de Atenção Básica – n° 17. 1. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- [2] Pucca Júnior GA. A saúde bucal do idoso? Aspectos demográficos e epidemiológicos. Disponível em: <www.odontologis.com.br/artigos.asp?id=81&idesp=19&ler=5>. Acesso em 12/06/2014.
- [3] Rosa AG, Fernandez RAC, Pinto VG, Ramos LR. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). Rev Saude Publica 1992; 26 (3): 155-160.
- [4] Antunes JL & Peres MA. Fundamentos de Odontologia: Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- [5] Narvai PC & Frazão P. Saúde bucal no Brasil: Muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- [6] Neves M. Saúde bucal do idoso e necessidade de prótese: Uma revisão de literatura. Campos Gerais, 2010.
- [7] Steele JG, Sanders AE, Slade GD, Allen PF, Lahti S, Nuttall N, Spencer A. J. 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(2):107-14.
- [8] Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e

- de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003)- Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(8):1803-1814, ago, 2007.
- [9] Miranda LC, Banhato, EFC. Qualidade de vida na terceira idade: a influência da participação em grupos. Minas Gerais: Juiz de Fora, 2008.
- [10] Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health*. 1994; 11: 3-11. PMID:8193981.
- [11] Silva MES, Villaça EL, Magalhães CS, Ferreira EF. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(3): 841-850.
- [12] Slade GD. Derivation and validation of a short form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997; 25: 284-90. PMID:9332805. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0528.1997.tb00941.x>
- [13] Rocha EKTG, Lima ALO, Vanderlei AD, Santos AF, Filho EMT, Ribeiro CMB. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. Alagoas: Maceió, 2013.
- [14] Unfer B, Braun K, Silva CP, Filho LDP. Autopercepção da perda de dentes em idosos. *Interface-comunic, Saúde, Educ*, v. 9, n 18, p. 217-26, jan/jun 2006.
- [15] Redford M, Drury T, Kingman A, Brown L. Denture use and the technical quality of dental prostheses among persons 18-74 years of age: United States, 1988-1991. *J Dent Res* 1996;75(Nº esp.):714-725.
- [16] Babbush CA. Posttreatment quantification of patient experiences with full-arch implant treatment using a modification of the OHIP-14 questionnaire. *Oral Implantol* 2012; 38(3):251-260.
- [17] Todescan R, Silva EEB, Silva OJ. Atlas de Prótese Parcial Removível. São Paulo: Santos, 1998.
- [18] Silva MS. Condição de saúde bucal dos idosos usuários de serviço odontológico do município de Ribeirão das Neves – MG 2010
- [19] Almeida AM, Loureiro CA, Araújo VE. Um estudo transcultural de valores de saúde bucal utilizando o instrumento OHIP-14 na forma simplificada. *Rev Odontol*. 2004; 6: 6-15.
- [20] Alvarenga FAZ, Henriques C, Takatsui F, Montandon AFB, Tellarolli Júnior R, Monteiro ALCC, Pinelli C, Loffredo LCM. Impacto da saúde bucal na QV de pacientes maiores de 50 anos de duas instituições públicas do município de Araraquara-SP, Brasil. *Rev Odontol UNESP, Araraquara*. maio/jun., 2011; 40(3): 118-124
- [21] Serafim HAPB. As causas de extração dentária na clínica pedagógica de medicina dentária da faculdade ciências da saúde da Universidade Fernando Pessoa. Porto 2012.
- [22] Smith JM, Sheiham A. Dental treatment needs and demands of an elderly population in England. *Comm. Dent Oral Epidemiol*, 8(7):360-364, 1980.
- [23] Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Comm.Dent Health*, 5(1):3-18, 1988.
- [24] Machado FCA, Costa APSC, Pontes ALBP, Ferreira MAFA. Dificuldades diárias associadas às próteses totais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10):3091-3100, 2013.
- [25] Lawrence HP, Thomson WM, Broadbent JM, Poulton R. Oral health related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36(4): 305–316.
- [26] Sardinha SCS, Viana PRL, Azoubel E, Pinheiro BRG. Levantamento epidemiológico realizado na Clínica de Cirurgia Bucal. *Revista Odonto Ciências*.2006;21(53):227-31.
- [27] Cimdões R, Caldas-Júnior AF, Souza EHA, Gusmão ES. Influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias. *Rev Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva*. 2007;12(6) 1691-95.
- [28] Miotto MHMB, 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.
- [29] Kramer PF, Ardengui TM, Ferreira S, Fisher LA, Cardoso L, Feldens CA. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1):150-156, jan, 2008.
- [30] Hiramastu DA, Tomita NE, Franco LJ. Perda dentária e a imagem do cirurgião dentista entre um grupo de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4):1051-1056, 2007.
- [31] Sousa PC, Mendes FM, Imparato JC, Ardenghi TM. Differences in responses to the Oral Health Impact Profile (OHIP14) used as a questionnaire or in an interview. *Braz Oral Res* 2009; 23(4):358-364.
- [32] Unfer B. Avaliação de saúde bucal em idosos participantes de projetos do NIEATI-UFSM. Relatório de projeto de extensão. Santa Maria: Curso de Odontologia, 2004.
- [33] Gibran TM. Qualidade de vida e estética bucal na comunidade remanescente de quilombo de furnas do Dionísio, Mato Grosso do Sul.Campo Grande 2006.
- [34] Critchlow SB, Ellis JS. Prognostic indicators for conventional complete denture therapy: a review of the literature. *J Dent* 2010; 38(1):2-9.
- [35] El Osta N, Tubert J S, Hennequin M, Bou Abboud NN, El Osta L, Geahchan N. Comparison of the OHIP-14 and GOHAI as measures of oral health among elderly in Lebanon. *Health Qual Life Outcomes* 2012; 30;10:131.