

## Avaliação da Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados após Reabilitação com Próteses Parciais e/ou Totais Removíveis

### Evaluation of the Quality of Life of Institutionalized Elderly After Rehabilitation with Partial and/or Complete Removable Dentures

Camila Aparecida Bernardes<sup>1</sup>  
Raqueline de Sousa Oliveira<sup>1</sup>  
Brenda Oliveira Nunes<sup>1</sup>  
Amália Moreno<sup>2</sup>  
Maira Foresti Vieira Munhoz<sup>3</sup>  
Marcela Filié Haddad<sup>4</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar o efeito da reabilitação protética sobre a qualidade de vida de moradores de um lar de longa permanência para idosos no sul de Minas Gerais. **Metodologia:** O estudo foi do tipo pré e pós-intervenção utilizando a avaliação do impacto da saúde oral sobre a qualidade de vida (OHIP-EDENT) e a escala visual analógica (EVA). **Resultados:** Comparando a percepção do idoso antes e após a intervenção, foi observado um impacto significativo ( $p < 0,05$ ) das novas próteses sobre a saúde bucal quanto à melhora na mastigação (14,3% - 71,4%); conforto para comer (28,6% - 78,6%) satisfação com o sorriso e a diminuição da restrição alimentar por não conseguir mastigar o alimento (14,3% - 57,1%). Quanto à parte psicossocial, ocorreu melhora do estresse causado por ter problemas com a saúde oral (71,4% - 21,4%); constrangimento (50% - 7,1%); tristeza (78,6% - 35,7%); evitar companhia (57,1% - 14,3%) e evitar sair (50% - 7,1%). Verificou-se também reconhecimento por parte dos entrevistados, de que as próteses antigas ou o não uso de próteses representa um problema na vida desses indivíduos. **Conclusão:** O estudo concluiu que a utilização de próteses ocasiona um impacto favorável na vida de seus portadores.

#### DESCRIPTORIOS

Serviços de Saúde Para Idosos. Instituição de Longa Permanência Para Idosos. Assistência Odontológica Para Idosos. Qualidade de Vida.

#### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the effect of total and partial, removable prosthetic rehabilitation, in a long-term home in southern Minas Gerais. **Methodology:** The study was of the pre and post intervention type using the Assessment of the impact of oral health on quality of life (OHIP-EDENT) and Visual analog scale (EVA). **Results:** Comparing the perception of the elderly before and after the intervention, a significant impact ( $P < 0.05$ ) of the new prostheses on oral health was observed regarding the improvement in chewing (14.3% - 71.4%), comfort to eat (28.6% - 78.6%), satisfaction with the smile and reduced food restriction for not being able to chew the food (14.3% - 57.1%). As for the psychosocial part, there was an improvement in stress due to problems with oral health (71.4% - 21.4%), embarrassment (50% - 7.1%), sadness (78.6% - 35.7%), avoiding company (57.1% - 14.3%), and avoiding going out (50% - 7.1%). The interviewees also recognized that the old prostheses or the non-use of prostheses represents a problem in the life of these individuals. **Conclusion:** The study concludes that the use of prostheses promotes a favorable impact on the lives of their patients.

#### DESCRIPTORS

Health Services for the Aged. Homes for the Aged. Dental Care for Aged. Quality of Life.

<sup>1</sup> Cirurgiã-dentista, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, Minas Gerais, Brasil.

<sup>2</sup> Docente da disciplina de Clínica Integrada, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgias Odontológicas, Faculdade de Odontologia da Universidade de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

<sup>3</sup> Docente da Disciplina de Prótese Total Removível, Coordenadora Adjunta do Projeto de Extensão "Lar Sorridente", Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, Minas Gerais, Brasil.

<sup>4</sup> Docente da Disciplina de Prótese Total Removível, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, Minas Gerais, Brasil.

Tem-se observado o envelhecimento populacional global e estima-se que a proporção de idosos duplicará entre 2010 e 2050, o que implica na necessidade de mudanças no sistema de saúde para atender a demanda desse novo perfil populacional, principalmente das parcelas socioeconomicamente mais frágeis<sup>1-3</sup>.

O envelhecimento humano é acompanhado de desordens funcionais e cognitivas que podem levar à fragilidade do idoso<sup>4</sup>. A fragilidade, aliada a redução da disponibilidade de cuidado familiar e transferências intergeracionais no contexto urbano, o alto custo do cuidado domiciliar, moradias com espaço físico reduzido e estruturas com riscos para quedas e a violência contra o idoso constituem fatores de risco para a institucionalização<sup>5</sup>.

As instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) são domicílios coletivos destinados a pessoas com 60 anos ou mais<sup>6,7</sup>e, idealmente, os serviços prestados por elas deveriam incluir assistência médica, odontológica, de enfermagem, nutricional, psicológica, farmacêutica, atividades de lazer, reabilitação, serviço social, apoio jurídico e administrativo e serviços gerais, porém, nem sempre a instituição consegue suprir toda a necessidade de atendimento à saúde dentro de suas instalações<sup>7,8</sup>.

Uma das demandas de cuidados à saúde dos idosos institucionalizados diz respeito ao tratamento odontológico. Acredita-se que a saúde bucal comprometida possa afetar o estado nutricional, bem-estar físico e mental, prazer em participar de uma vida social ativa e, conseqüentemente, a qualidade de vida<sup>9</sup>. Esse conjunto de

alterações pode acarretar em limitações para o desempenho de atividades cotidianas de maneira independente<sup>10,11</sup>.

O edentulismo é caracterizado pela perda total ou parcial dos dentes<sup>12</sup> e, culturalmente, ainda é aceito como parte do processo de envelhecimento<sup>13</sup>; assim como a ideia de que a remoção dos dentes possa ser solução para problemas bucais é resultado da articulação de conceitos culturais médicos antigos<sup>14</sup>.

Assim, embora em escala menor do que observado no passado, a taxa de perda dental com a idade continua alta, representando um problema de saúde pública mundial<sup>3</sup>. A pesquisa epidemiológica realizada em 2010 pelo Ministério da Saúde no Brasil mostrou que 15,4% dos idosos eram desdentados e necessitavam de próteses totais<sup>15</sup>. No ano de 2000, a OMS preconizou que 50% dos indivíduos de 64-74 anos tivessem 20 ou mais dentes na boca. No Brasil, em 2003, apenas 10,3% atingiam essa meta e, em 2010, 11,5%<sup>1</sup>.

Apesar da perda dos dentes não ser uma ameaça direta à vida, ela modifica o modo de viver, interferindo na escolha de alimentos, no processo digestivo, socialmente e na fala<sup>2</sup>. Além disso, o edentulismo representa um difícil desafio para a saúde pública, visto que a saúde bucal ruim acarreta um amplo espectro de morbidades, como desnutrição, fragilidade e deterioração de doenças crônicas preexistentes<sup>16</sup>.

Considerando a escassez de programas odontológicos voltados para idosos, é necessária a elaboração de estratégias com visão aguçada sobre o que é ser idoso e o processo de envelhecimento, para melhor

atendimento das demandas deste grupo populacional<sup>17</sup>.

As próteses removíveis são amplamente utilizadas na reabilitação oral de indivíduos parcial ou totalmente desdentados por apresentar custo inferior às outras modalidades reabilitadoras, de modo que sua utilização tende a perpetuar, principalmente, nas camadas menos desenvolvidas socioeconomicamente<sup>18</sup>. Assim, o presente estudo teve por objetivo avaliar o impacto da reabilitação oral por meio de próteses parciais e/ou totais removíveis sobre a qualidade de vida de idosos institucionalizados.

## METODOLOGIA

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UNIFAL-MG e obteve parecer favorável (Protocolo nº. 3.334.077).

O estudo foi desenvolvido com moradores de uma ILPI do Sul de Minas Gerais. Devido às características da população alvo, optou-se por selecionar uma amostra de conveniência e a pesquisa foi do tipo pré e pós intervenção.

A ILPI em questão abriga em torno de 100 idosos. Primeiramente, os idosos que tiveram interesse em interagir com a equipe foram avaliados com relação à necessidade de tratamentos odontológicos. Os que necessitavam de reabilitação protética foram convidados a participar da pesquisa. Para tal, foram informados acerca dos procedimentos que seriam realizados, seus riscos e benefícios e lhes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: possuir necessidade reabilitadora que pudesse ser atendida por meio de próteses totais e/ou parciais removíveis convencionais e concordar com o descrito no TCLE. Foram excluídos idosos que não apresentavam capacidade cognitiva para responder os questionários ou que não aceitaram as condições apresentadas no TCLE. Desse modo, 14 participantes foram selecionados para integrarem o presente estudo.

A etapa seguinte consistiu na coleta de dados, caracterizada pelo preenchimento de um questionário sociodemográfico bem como dos instrumentos da pesquisa.

A qualidade de vida dos idosos foi avaliada pelo questionário OHIP-EDENT<sup>19</sup> composto de 19 perguntas.

Para cada pergunta, existem três opções de resposta (nunca, às vezes ou quase sempre). As categorias de respostas para cada pergunta foram agrupadas e/ou dicotomizadas (0=nunca e 1=às vezes ou quase sempre) para sintetizar as informações e o poder dos testes. Os dados das respostas do OHIP-EDENT foram analisados em quatro domínios: queixas relacionadas à mastigação (questões 1, 5, 10 e 11); desconforto e incapacidade psicológica (questões 8, 9, 12, 13 e 14); deficiência social (perguntas 15-19); e dor e desconforto oral (perguntas 2 a 4, 6 e 7). O questionário foi aplicado aos pacientes antes e após, com intervalo médio de 4 semanas (respeitando o período de adaptação funcional das novas próteses), instalação das novas próteses removíveis. Algumas perguntas relacionadas especificamente as próteses dentárias, como as de números 3, 7 e 11 não foram possíveis de serem respondidas

por pacientes que não eram usuários de próteses inicialmente.

O instrumento Escala visual analógica - EVA e o questionário de satisfação foram utilizados para avaliar as sensações do paciente sobre a condição bucal e a nova prótese, relacionadas ao conforto, estabilidade/retenção de sua prótese, função mastigatória, estética, fonética, alteração do paladar e dor. Para isso foi aplicado um questionário composto por sete perguntas, existindo para cada pergunta uma escala de 0 a 10. Nos extremos, 0 correspondeu a totalmente insatisfeito e 10, a completamente satisfeito. A satisfação do paciente também foi avaliada por meio de 7 perguntas com base nas respostas binárias (0 = não e 1 = sim), e uma pergunta aberta sobre a mudança que a prótese nova causou na sua qualidade de vida. A EVA e o questionário de satisfação foram aplicados aos pacientes antes e após instalação de suas novas próteses removíveis, de modo que algumas questões relacionadas ao uso de prótese dentária inicial, como a questão 1 da EVA e também aquelas direcionadas apenas a nova prótese instalada, não foram passíveis de resposta por metade da população estudada, pois estes não tinham parâmetro inicial para responder o questionário.

As informações para os instrumentos foram coletadas por meio de entrevista, na qual as pesquisadoras que receberam treinamento para calibração do método de aplicação dos questionários garantiram maior fidedignidade ao instrumento, visto que o baixo nível de escolaridade e o não domínio da leitura podem comprometer a qualidade das respostas. Vale ressaltar que as perguntas foram apenas lidas pelas aplicadoras com o

cuidado de não ser realizado qualquer tipo de interpretação por parte das mesmas.

Em seguida, deu-se início ao tratamento odontológico, que foi desenvolvido nas instalações do Asilo Lar São Vicente de Paulo em Alfenas – MG e da Faculdade de Odontologia da UNIFAL-MG, de acordo com a necessidade de cada morador.

O tratamento reabilitador protético foi realizado seguindo o protocolo estabelecido por Todescan *et al.*<sup>20</sup> para as próteses parciais removíveis e por Telles *et al.*<sup>21</sup> para as próteses totais removíveis.

Ao final do tratamento odontológico foi realizada a análise pós-intervenção a respeito da qualidade de vida (OHIP-EDENT e EVA/SATISFAÇÃO), da mesma maneira que foi realizada antes da intervenção.

#### Análise Estatística

Para os dados demográficos e clínicos de interesse e as respostas de ambos os questionários foi realizada análise estatística descritiva (distribuições de frequência e porcentagem). As pontuações obtidas de toda a amostra para cada pergunta dos questionários OHIP-EDENT e EVA/Satisfação foram comparadas entre os dois períodos por meio de testes não paramétricos. O teste de MacNemar (amostras pareadas) foi aplicado para comparação de diferentes valores para OHIP-EDENT e o questionário de satisfação. A mediana dos valores de 0 a 10 obtidos das respostas da EVA foram comparadas entre os dois períodos usando o teste de Wilcoxon (amostras pareadas). Quando o valor de *p* foi menor que 0,05 existiu diferença estatística significativa. A análise estatística foi realizada

utilizando o software SPSS versão 23.0 (SPSS Inc., Chicago, EUA).

## RESULTADOS

No total, 14 idosos participaram da pesquisa. Os resultados obtidos com relação às características demográficas, as respostas para as perguntas do questionário OHIP-EDENT, da EVA e da análise de satisfação encontram-se expostos nas Tabelas 1 – 4.

Este estudo incluiu uma parcela maior de mulheres (57,1%) em relação aos homens (42,9%) e a média de idade foi de 71 anos (faixa de 63 a 91 anos). A maioria dos pacientes declarou ser solteiro(a) ou viúvo(a) (85,7%) e a maioria (71,4%) declarou ter cursado o ensino médio e/ou superior completo. Existiu um maior percentual de moradores (64,3%) que não precisava de cuidador para vestimenta, alimentação e higiene pessoal. Observou-se também que a minoria da amostra era

portadora de doença aguda (28,6%) e uma maior parcela era portadora de doença crônica (71,4%). A hipertensão isolada ou associada à outra doença foi a patologia com tratamento médico presente em 42% dos pacientes e exatamente metade da amostra não era usuária de prótese dentária total ou parcial removível inicialmente (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra os resultados do instrumento OHIP-EDENT. Pode-se verificar impacto significativo ( $p < 0,05$ ) das novas próteses na saúde bucal para três itens de queixa relacionados à mastigação do OHIP-EDENT (questões 1, 5 e 10), como também para quatro itens (perguntas 3, 7, 13 e 14) relacionados ao desconforto e à incapacidade psicológica) e dois itens de deficiência social (perguntas 15 e 18).

As respostas às perguntas 2, 4 e 6 (dor e desconforto oral), perguntas 8 e 9 (desconforto e incapacidade psicológica), e perguntas 16, 17 e 19 (deficiência social) não

Tabela 1. Características dos pacientes em relação à demografia e variáveis clínicas

| Variáveis             | Respostas                               | n (%)        | Variáveis   | Respostas                     | n (%)      |
|-----------------------|---|--------------|---|-------------------------------|------------|
| Gênero                | Feminino                                | 8 (57,14)    | Dependente de cuidador (contratado) para vestimenta/ alimentação/ higiene pessoal | Não                           | 9 (64,29)  |
|                       | Masculino                               | 6 (42,86)    |   | Sim                           | 5 (35,71)  |
| Idade (anos)*         | 0 – 120                                 | 71,21 (7,83) | Portador de doenças agudas  | Não                           | 10 (71,42) |
| Estado civil          | Solteiro                                | 6 (42,86)    |   | Sim                           | 4 (28,58)  |
|                       | Casado                                  | 1 (7,14)     | Portador de doenças crônicas  | Não                           | 4 (28,58)  |
|                       | Divorciado                              | 1 (7,14)     |   | Sim                           | 10 (71,42) |
|                       | Viúvo                                   | 6 (42,86)    | Hipertensão   |                               | 6 (42,86)  |
| Nível de escolaridade | Nunca estudou ou fundamental incompleto | 4 (28,58)    | Tratamento médico atual   | Diversos (exclui hipertensão) | 8 (57,14)  |
|                       | Ensino médio ou superior completo       | 10 (71,42)   | Uso de prótese dentária   | Não                           | 7 (50,0)   |
|                       |   |              |   | Sim                           | 7 (50,0)   |

\*Valores em parênteses são expressos em porcentagem  
 \*Média (desvio padrão).

diferiram significativamente entre os períodos (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta os resultados obtidos a partir da aplicação da Escala visual analógica e o questionário de satisfação. Verificou-se melhora significativa na avaliação do sorriso (pergunta 2) após a instalação das novas próteses ( $p=0,003$ ). No entanto, não existiu diferença em relação à fala entre os períodos avaliados. Para satisfação relacionada à estética e o sorriso verificaram-se indícios de melhora, pois no período inicial os valores estão distribuídos entre 3 e 8 e no período final em torno de 8 e 10. Entretanto, para a fala não foram observadas alterações significantes de valores entre os períodos (Tabela 3).

Em relação ao questionário de satisfação verificou-se na Tabela 4, impacto

significativo ( $p<0,05$ ) das novas próteses para as perguntas 2 a 4 relacionadas à mastigação de alimentos, incluindo consumos duros e também quanto à pronúncia de palavras com tons sibilantes. As respostas da pergunta aberta incluíram com repetição a frase de melhora para mastigar e sorrir. Também foi relatado de forma isolada melhora na estética e conforto, fala, nas dores que sentia e proveito da companhia de outras pessoas.

## DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico da população estudada foi caracterizado por ser composto, em sua maioria, por mulheres (57,1%); assim como a maioria dos estudos aponta<sup>2,14,22-24</sup>, o que pode estar relacionado ao fato de que as mulheres são mais preocupadas em cuidar

Tabela 2. Aplicação dos resultados do OHIP-EDENT. Frequência das respostas para cada pergunta do OHIP-EDENT

| Perguntas* | Antes da Instalação <sup>‡</sup> |                      | Após a instalação <sup>‡</sup> |                      | Valor de P†         |
|------------|----------------------------------|----------------------|--------------------------------|----------------------|---------------------|
|            | Nunca                            | Algumas vezes/Sempre | Nunca                          | Algumas vezes/Sempre |                     |
| 1          | 2 (14,3)                         | 12 (85,7)            | 10 (71,4)                      | 4 (28,6)             | 0,008*              |
| 2          | 5 (35,7)                         | 9 (64,3)             | 8 (57,1)                       | 6 (42,9)             | 0,453 <sup>ns</sup> |
| 3          | 4 (28,6)                         | 3 (21,4)             | 10 (71,4)                      | 4 (28,6)             | -                   |
| 4          | 8 (57,1)                         | 6 (42,9)             | 11 (78,6)                      | 3 (21,4)             | 0,375 <sup>ns</sup> |
| 5          | 4 (28,6)                         | 10 (71,4)            | 11 (78,6)                      | 3 (21,4)             | 0,039*              |
| 6          | 6 (42,9)                         | 8 (57,1)             | 11 (78,6)                      | 3 (21,4)             | 0,180 <sup>ns</sup> |
| 7          | 5 (35,7)                         | 2 (14,3)             | 8 (57,1)                       | 6 (42,9)             | -                   |
| 8          | 4 (28,6)                         | 10 (71,4)            | 11 (78,6)                      | 3 (21,4)             | 0,016*              |
| 9          | 3 (21,4)                         | 11 (78,6)            | -                              | 14 (100)             | 0,250 <sup>ns</sup> |
| 10         | 2 (14,3)                         | 12 (85,7)            | 8 (57,1)                       | 6 (42,9)             | 0,031*              |
| 11         | 2 (14,3)                         | 5 (35,7)             | 9 (64,3)                       | 5 (35,7)             | -                   |
| 12         | 8 (57,1)                         | 6 (42,9)             | 10 (71,4)                      | 4 (28,6)             | 0,688 <sup>ns</sup> |
| 13         | 3 (21,4)                         | 11 (78,6)            | 9 (64,3)                       | 5 (35,7)             | 0,031*              |
| 14         | 7 (50,0)                         | 7 (50,0)             | 13 (92,9)                      | 1 (7,1)              | 0,031*              |
| 15         | 7 (50,0)                         | 7 (50,0)             | 13 (92,9)                      | 1 (7,1)              | 0,031*              |
| 16         | 9 (64,3)                         | 5 (35,7)             | 11 (78,6)                      | 3 (21,4)             | 0,688 <sup>ns</sup> |
| 17         | 11 (78,6)                        | 3 (21,4)             | 13 (92,9)                      | 1 (7,1)              | 0,625 <sup>ns</sup> |
| 18         | 6 (42,9)                         | 8 (57,1)             | 12 (85,7)                      | 2 (14,3)             | 0,031*              |
| 19         | 5 (35,7)                         | 9 (64,3)             | 11 (78,6)                      | 3 (21,4)             | 0,070 <sup>ns</sup> |

\*Valores in parênteses são expressos em porcentagem.

†Teste de McNemar. <sup>ns</sup>Não significante;  $P > 0,05$ ; \*Significante;  $P < 0,05$ .

Tabela 3. Aplicação dos resultados da EVA. Mediana das respostas para cada pergunta da EVA

| Perguntas   | Antes da Instalação † | Após instalação‡ | Valor de P†         |
|---|-----------------------|------------------|---------------------|
| 1. Estética/beleza da prótese   | 6,0 (10)              | 10 (3)           | -                   |
| 2. Nota dada ao sorriso   | 5,5 (10)              | 10 (2)           | 0,003*              |
| 3. Satisfação quanto à fala   | 9,5 (10)              | 9,5 (3)          | 0,250 <sup>ns</sup> |
| 4. Desempenho cantando após a instalação da prótese                         | -                     | 10 (1)           | -                   |
| 5. Desempenho tocando o instrumento após a instalação da prótese            | -                     | 10 (1)           | -                   |
| 6. Satisfação quanto ao atendimento recebido durante a confecção da prótese | -                     | 10 (1)           | -                   |
| 7. Satisfação quanto ao atendimento prestado para a manutenção da prótese   | -                     | 10 (4)           | -                   |

†Valores em parênteses são expressos como amplitudes.

†Teste de Wilcoxon. <sup>ns</sup>Não significativa; P > 0,05; \*Significante; P < 0,05.

Tabela 4. Análise da satisfação dos idosos com as próteses

| Perguntas   | Antes da Instalação † |           | Após instalação‡ |            | Valor de P†         |
|---|-----------------------|-----------|------------------|------------|---------------------|
|   | Não                   | Sim       | Não              | Sim        |                     |
| 1. Você está satisfeito com sua prótese ao sorrir?  | 3 (21,4)              | 3 (21,4)  | 0 (0)            | 14 (100,0) | -                   |
| 2. Você consegue mastigar bem os alimentos?   | 9 (64,3)              | 5 (35,7)  | 0 (0)            | 14 (100,0) | 0,004*              |
| 3. Você consegue mastigar bem os alimentos duros/resistentes (cenoura, carne, amendoim, pipoca,...) | 11 (78,6)             | 3 (21,4)  | 1 (7,1)          | 13 (92,9)  | 0,006*              |
| 4. Você consegue pronunciar bem as palavras com "s" ou "ss"? (Ex. sopa de cebola salgada)           | 12 (85,7)             | 2 (14,3)  | 1 (7,1)          | 13 (92,9)  | 0,001*              |
| 5. Você canta?  | 4 (28,6)              | 10 (71,4) | 4 (28,6)         | 10 (71,4)  | 1,000 <sup>ns</sup> |
| 6. Você toca algum instrumento de sopro?  | 12 (85,7)             | 2 (14,3)  | 11 (78,6)        | 3 (21,4)   | 1,000 <sup>ns</sup> |
| 7. Você considera que a prótese nova proporcionou melhora na sua qualidade de vida?                 | -                     | -         | -                | 10 (100,0) | -                   |

†Valores in parênteses são expressos em porcentagem.

†Teste de McNemar. <sup>ns</sup>Não significativa; P > 0,05; \*Significante; P < 0,05.

de sua saúde bucal e buscam tratamento com mais frequência do que os homens<sup>15</sup>. De acordo com Raymundi et al.<sup>25</sup>, no Brasil, há muito tempo o número de mulheres tem sido superior ao de homens idosos, este aspecto pode ser explicado devido a mortalidade

diferenciada entre os sexos e do autocuidado com a saúde, fator predominante no sexo feminino.

As ILPIs recebem pessoas com idade igual ou superior a 60 anos<sup>6</sup>. Considerando esta realidade, foi registrada a média de

idade dos participantes do estudo, que foi de 71 anos.

Dos entrevistados, 85,7% declararam ser solteiros ou viúvos (Tabela 1), o que vai de encontro ao estudo de Ferretti *et al.*<sup>7</sup>, que atribui este estado civil, a falta de cuidadores e o abandono como uma possível explicação para o número de idosos institucionalizados. Os idosos sofrem modificações fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento que, por vezes acarretam no desenvolvimento de doenças que podem ser limitantes; além de perdas dentárias. Por necessitar de mais atenção dos familiares e de cuidado em relação à saúde, a procura por ILPIs vêm crescendo com o aumento da população idosa<sup>7</sup>.

Dos entrevistados, 71,4% possuíam ensino médio ou superior completo, o que contradiz a literatura sobre o perfil da maioria de internos em asilos. De acordo com Ferretti *et al.*<sup>7</sup> a maioria possui grau primário ou são analfabetos; o que leva a deduzir que possuem poder aquisitivo menor, o que justificaria a internação em uma ILPI.

Quanto à necessidade de ajuda para vestimenta, alimentação e higiene pessoal, foi constatado que 64,3% não necessitava de nenhuma ajuda, ou seja, possuíam autonomia para fazer suas atividades diárias. Este percentual foi maior que o obtido por Moreira *et al.*<sup>26</sup>, que afirma que o grau de dependência aumenta no processo de institucionalização, pois, ocorre a diminuição do incentivo para continuarem realizando independentemente suas atividades.

Moreira *et al.*<sup>26</sup> e Sá *et al.*<sup>27</sup> afirmam que, em geral, não é realizada a supervisão de saúde bucal nas instituições de longa permanência

para idosos, a qual é imprescindível tendo em vista a falta de informação dos idosos e também de suas dificuldades funcionais. Os autores atribuem o fato ao estabelecimento de prioridades equivocadas às questões de saúde. Sabe-se que essas dificuldades, assim como as condições psicossociais de um idoso, especialmente daquele residente em ILPI, podem afetar sobremaneira a qualidade de sua saúde bucal com esta, conseqüentemente, prejudicando sua saúde em geral<sup>26,27</sup>.

Na amostra estudada, 28,6% relatou ser portador de patologia aguda. Outros 71,4% dos participantes afirmaram possuir alguma doença crônica. Dentre as patologias crônicas, a hipertensão arterial foi a doença mais frequentemente encontrada, podendo ou não estar associada à outra patologia. No estudo de Oliveira *et al.*<sup>17</sup>, realizado com idosos não institucionalizados também foi encontrado um elevado índice de hipertensão (56,42%) colocando este quadro dentre as doenças mais comuns. Levinski *et al.*<sup>22</sup> também encontraram grande número de hipertensos (60,87%) em sua pesquisa e, de acordo com os autores, doenças crônicas são comuns em idosos institucionalizados e estes pacientes com enfermidades precisam de cuidados especiais durante a consulta, como aferição da pressão arterial. As alterações das propriedades vasculares da aorta que ocorrem com o envelhecimento têm importante papel no desenvolvimento e progressão da hipertensão<sup>28</sup>.

Como a pesquisa envolveu confecção de novas próteses totais ou parciais removíveis, toda a amostra necessitava de reabilitação, podendo ser substituição (50%) ou que iriam



começar a usar próteses (50%); porém, não é uma condição rara que indivíduos idosos necessitem ou façam uso destes dispositivos. Fato que pôde ser comprovado pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010<sup>29</sup>, que mostrou que, na faixa etária de 65 a 74 anos, apenas 23,5% dos idosos não usam algum tipo de prótese dentária na arcada maxilar. Dos indivíduos reabilitados, 63,1% fazem uso de prótese total e 7,6% prótese parcial. Com relação à prótese na arcada mandibular, 46,1% não faz uso; 37,5% usam prótese total e 12,7% prótese parcial. Os que necessitavam de próteses parciais em um dos maxilares totalizavam 34,2%; e 1/5 das pessoas tinha necessidade de próteses parciais para os 2 maxilares. A porcentagem de pessoas que precisavam de próteses totais em um maxilar era de 17,9% e de 15,4% para ambos maxilares; 5% das pessoas apresentaram necessidade de combinação de prótese total removível com prótese parcial removível.

Segundo Oliveira et al.<sup>17</sup>, a capacidade mastigatória e a saúde bucal são melhores em idosos que usam próteses do que naqueles que não usam e precisam. O estudo de Levinski et al.<sup>22</sup>, também teve uma população que necessitava de próteses em sua totalidade, o estudo envolveu 14 pacientes, 6 deles receberam próteses porque não possuía nenhuma e 8 trocaram as próteses antigas, segundo os autores, a perda da dentição permanente influencia na mastigação, digestão, gustação, pronúncia e na estética, podendo afirmar que a maior longevidade dos idosos está estreitamente relacionada aos cuidados com a saúde oral. Xavier et al.<sup>9</sup> também relataram que a saúde bucal tem um papel relevante na qualidade

de vida do idoso, uma vez que o não uso de próteses afeta a nutrição e o bem-estar físico e mental desses indivíduos, provocando redução do prazer de uma vida social ativa.

Comparando os resultados pré e pós-intervenção obtidos a partir do questionário OHIP-EDENT, notou-se impactos positivos da instalação de novas próteses sobre o desconforto/dificuldade para mastigar e comer e aspectos psicológicos e sociais influenciados pela condição bucal. Estes resultados são semelhantes aos encontrados por Alves et al.<sup>15</sup> e Beloni et al.<sup>30</sup>, que constataram que a reabilitação protética impacta positivamente a qualidade de vida do idoso, porém, não resolve os problemas causados pela perda dentária, apenas os trata de forma paliativa.

Porém, outros fatores estudados não sofreram alterações significativas após a instalação de novas próteses, como a insatisfação observada a partir do relato de alguns participantes, que pode ser atribuída a diversos fatores, dentre os quais podem ser citados a dificuldade de adaptação ao uso das novas próteses, fatores culturais que têm enraizado o conceito de que é natural que idosos percam os dentes<sup>17</sup>. Probst et al.<sup>14</sup> consideram a alta expectativa do paciente em relação a prótese um fator que pode levá-lo a insatisfações.

Apesar de uma boa saúde oral ser reconhecida como um ponto importante para a qualidade de vida, a literatura aponta que o fator psicológico e a satisfação com a vida nem sempre apresentam melhoras relevantes em função da reabilitação protética<sup>2,16</sup>.

Hewlett et al.<sup>2</sup> não encontraram diferença de felicidade entre os dentados e desdentados, apesar de os desdentados

apresentarem um nível inferior de qualidade de vida. Cano - Gutiérrez *et al.*<sup>16</sup> e Borda *et al.*<sup>12</sup> associaram o número de perda dentária com a qualidade de vida e autopercepção, demonstrando que quanto maior a perda dentária menor a qualidade de vida e menor a autopercepção de saúde do indivíduo.

A ausência de dentes na cavidade bucal desencadeia diversas reações, dentre elas, a piora em sintomas depressivos e de humor, restrição nas atividades sociais, levando à reclusão social do indivíduo, variação na modulação de linguagem e baixa autoestima<sup>12,14</sup>.

Com relação à satisfação com o sorriso e a pronúncia de palavras com “s” ou “ss” foi observada melhora após a instalação de novas próteses; apesar de não ter sido notória a melhora na fala em geral. Beloni *et al.*<sup>30</sup>, por meio da EVA, também não encontraram diferença relevante em relação a fonética. Segundo o autor, o tipo de prótese pode influenciar parâmetros subjetivos do grau de satisfação do paciente.

Nas perguntas abertas notou-se frequência nas respostas em que os participantes diziam ter sentido melhora no conforto, dor e proveito da companhia das pessoas. De acordo com Probst *et al.*<sup>14</sup>, os dentes são considerados aspectos importantes nas relações sociais, além de influenciar na autoestima e com a perda dentária a autoconfiança e autoimagem são afetadas. A face é uma região que fica sempre exposta, de modo que a perda dentária acarreta em diversas modificações, como a diminuição do terço médio e o aparecimento e aprofundamentos dos sulcos,

causando tristeza e ansiedade, prejudicando a autoconfiança e autoestima. Com a reabilitação protética é possível reestabelecer a proporção facial e minimizar os sulcos e o aspecto côncavo da face, impactando positivamente na qualidade de vida<sup>15</sup>.

Notou-se melhora quanto à mastigação dos alimentos e mastigação de alimentos duros. Idosos edêntulos, normalmente, optam por consumir alimentos de consistência amolecida com baixo valor nutricional, maior quantidade de carboidratos, levando a fragilidades o que pode impactar negativamente em doenças crônicas pré-existentes. Com a reabilitação protética pode ser alcançada uma mastigação mais adequada, possibilitando uma melhor nutrição, devido à inserção de verduras, proteínas e legumes, o que reflete diretamente na saúde geral do idoso<sup>16</sup>.

Apesar de serem observados inúmeros problemas decorrentes da perda dentária, como os discutidos acima e da frequente reclamação dos idosos em relação à saúde, quando perguntados sobre a vida em geral eles a classificam como “boa”<sup>30</sup>. Isso é reflexo de que os moradores de ILPIs diante de dificuldades se adaptam ou abandonam hábitos.

## CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo demonstraram que a deterioração da saúde bucal influencia negativamente na qualidade de vida do idoso. O uso de próteses removíveis promoveu melhoras nos aspectos físicos, psicológicos e sociais dos idosos avaliados.

## REFERÊNCIAS

- 1- Azevedo JS, Azevedo MS, De Oliveira LJC, Correa MB, Demarco FFI. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal* (SBBrazil 2010): prevalências e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(8):1-12.
- 2- Hewlett SA, Yawson AE, Calys-Tagoe BNL, Naidoo N, Martey P, Chatterji S, et al. Edentulism and quality of life among older Ghanaian adults. *BMC Oral Health*. 2015;15.
- 3- Ramsay SE, Whincup PH, Watt RG, Tsakos G, Papacosta AO, Lennon LT, et al. Burden of poor oral health in older age: findings from a population-based study of older British men. *BMJ Open*. 2015; 5(12):e009476.
- 4- Santos PLS, Fernandes MH, Santos PHS, Santana TDB, Cassoti CA, Coqueiro RS, et al. Indicadores de desempenho motor como preditores de fragilidade em idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev. Motricidade*. 2016;12(2):88-96.
- 5- Lini EV, Portella MR, Doring M. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(6):1004-1014.
- 6- Ferreira FPC, Bansi LO, Paschoal SMP. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(4):911-926.
- 7- Ferretti F, Soccol BF, Albrecht DC, Ferraz L. Viver a velhice em ambiente institucionalizado. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2014;19(2):423-437.
- 8- Dos Santos ACW, Hammersc KSA, Girondi JBR, Schier J, Ferreira JM, Dacoregio BM. Percepção da equipe multiprofissional sobre o registro no prontuário do residente da instituição de longa permanência para idosos. *Ciencia y Enfermeria*. 2018; 24(10):1-10.
- 9- Xavier LBM, Marcon AF, Lima BO, Carvalho MV, Silva TMM, Laurindo BM. Análise psicossocial da influência do edentulismo na qualidade de vida: revisão de literatura. *Braz J Develop*. 2019; 5(12):33286-33299.
- 10- De Jesus ITM, Orlandi AAS, Grazziano ES. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. *Acta Paul Enferm*. 2017; 30(6):614-620.
- 11- Certo A, Sanchez K, Galvão A, Fernandes H. A síndrome da fragilidade nos idosos: revisão de literatura. *Actas Gerontol*. 2016; 2(1):1-11.
- 12- Borda MG, Castellanos-Perilla N, Patiño JA, Castelblanco S, Cano CA, Chavarro-Carvajal D, Pérez-Zepeda MU. Edentulism and its relationship with self-rated health: secondary analysis of the SABE Ecuador 2009 Study. *Acta Odontol Latinoam*. 2017; 30(2):83-89.
- 13- Agostinho AC, Campos ML, Silveira JLGC. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. *Rev Odontol UNESP*. 2015; 44(2):74-79.
- 14- Probst LF, Ambrosano GMB, Cortellazzi KL, Guerra LM, da Silva MR, Tomar S, et al. Fatores associados aos sentimentos decorrentes da perda dentária total e às expectativas de reposição protética em adultos e idosos. *Cad Saúde Colet*. 2016; 24(3):347-354.
- 15- Alves AC, Cavalcanti RV, Calderon PS, Pernambuco L, Alchieri JC. Quality of life related to complete denture. *Acta Odontol Latinoam*. 2018; 31(2):91-96.
- 16- Cano-Gutiérrez C, Borda MG, Arciniegas AJ, Borda CX. Edentulism and dental prostheses in the elderly: impact on quality of life measured with EuroQol-visual analog scale (EQ-VAS). *Acta Odontol. Latinoam*. 2015; 28(2):149-155.
- 17- Oliveira EJP, Rocha VFB, Nogueira DA, Pereira AA. Quality of life and oral health among hypertensive and diabetic people in a Brazilian Southeastern city. *Cien Saude Colet*. 2018; 23(3):763-772.
- 18- Nascimento EF, Farias SS, Brasil SPA. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos: Revisão de literatura. *Braz J Develop*. 2020; 6(11):93584-93596.
- 19- de Carvalho LSJ, Lima NLB, Souza JCC, Rêgo DB, Menezes DPB, Peixoto RF. Satisfação e qualidade de vida de idosos institucionalizados usuários e não usuários de prótese total. *Res Soc Develop*. 2021;10(4):1-10.
- 20- Todescan R, Bernardes EE, Silva OJ. Atlas de Prótese Parcial Removível. São Paulo: Liv. Santos, p. 345. 1996.
- 21- Telles D. Prótese total: convencional e sobre implantes. 2.ed. São Paulo: Ed. Santos, 2010.
- 22- Levinski E, Schuch KL, Scortegagna SA, Levinsky E, Zanette F, De Carli JP, et al. Oral health care of institutionalized elderly by means of university extension actions. *Salusvita*. 2017; 36(2):393-408.
- 23- John MT, Reissmann DR, Čelebić A, Baba K, Kende D, Larsson P, et al. Integration of oral health-related quality of life instruments. *J Dent*. 2016; 53:38-43.
- 24- Pessoa DMV, Pérez G, Mari-Dell’Olm M, Cornejo-Ovalle M, Borrell C, Piuvezam G, et al. Estudo Comparativo do Perfil de Saúde Bucal em Idosos Institucionalizados no Brasil e em Barcelona, Espanha. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(5):723-732.
- 25- Raymundi P, Lodi L. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados e não institucionalizados no município de Erechim- RS. *Perspectiva* 2015; 39(145):7-18.
- 26- Moreira GE, Santos BFE, Fernandes LA, Pereira AA, Rocha VFB, Lima DC. Alterações bucais e o grau de dependência de idosos institucionalizados. *Kairós*. 2018; 20(4):331-344.
- 27- Sá IPC, Sá SPC, Oliveira Filho VC. Avaliação comparativa das condições bucais do idoso: opções para o cuidado e autocuidado. *Kairós – Gerontol*. 2019; 22(3):85-98.

- 28- Queiroz MG, Aquino MLA, Brito ADL, Medeiros CCM, Simões MOS, Teixeira A.. Hipertensão arterial no idoso: - doença prevalente nesta população: uma revisão integrativa. *Braz. J. of Develop.* 2020; 6(4):22590-22598.
- 29- Brasil. Ministério da Saúde. SB BRASIL 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais. Brasília, DF, 2012.
- 30- Beloni WD, Do Vale HF, Takahashi JMF. Avaliação do grau de satisfação e qualidade de vida de portadores de prótese dental. *RFO.* 2013;18(2):160-164.

**CORRESPONDÊNCIA**

Marcela Filié Haddad  
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700,  
Centro, Alfenas – MG, Brasil. Cep: 37.130-000  
Marcela.haddad@unifal-mg.edu.br