



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
EGAS MONIZ

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**REABILITAÇÃO ORAL E QUALIDADE DE VIDA: IMPACTOS
PSICOLÓGICOS NUMA SOCIEDADE CADA VEZ MAIS ENVELHECIDA**

Trabalho submetido por

Ana Cláudia Vidal Fernandes de Oliveira

para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Junho 2025



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
EGAS MONIZ

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**REABILITAÇÃO ORAL E QUALIDADE DE VIDA: IMPACTOS
PSICOLÓGICOS NUMA SOCIEDADE CADA VEZ MAIS ENVELHECIDA**

Trabalho submetido por

Ana Cláudia Vidal Fernandes de Oliveira

para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por

Profa. Doutora Joana Pereira

Junho 2025

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, razão da minha vida e meu orgulho, pelo amor incondicional, apoio constante e por acreditarem em mim durante toda esta jornada.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à minha orientadora, Prof.^a Doutora Joana Pereira, pela orientação científica, disponibilidade e paciência ao longo do caminho. O seu rigor e dedicação foram essenciais à conclusão deste trabalho.

Agradeço ao Instituto Universitário Egas Moniz pelo privilégio de ter estudado nesta Instituição, e em especial à toda a equipe de Professores do Curso de Medicina Dentária por compartilharem seus conhecimentos.

Agradeço à Deus pela vida, por ser luz no meu caminho, e pela sincronia perfeita de tempo e espaço para que este projeto se tornasse realidade.

Agradeço ao meu marido pelo apoio, pelo amor, e por ser um exemplo para mim.

Agradeço aos meus filhos, Matheus, Luiza, Lucas, Pedro e João, genro e noras, razão da minha vida e maior orgulho, por todo o amor e incentivo, e pela compreensão das horas em que estive ausente.

Agradeço aos meus pais, por terem me estimulado a estudar desde sempre.

Agradeço à minha irmã e sobrinho, e em especial ao meu cunhado, pelo companheirismo e sábias palavras de ânimo.

Agradeço à família como um todo por todas as mensagens de incentivo e perseverança, em especial à minha cunhada Ana Lúcia, por todo o amor e carinho.

Agradeço imensamente, e de uma forma muito especial, à Dayane Martins Salles, por generosamente compartilhar comigo a sua enorme experiência na área acadêmica.

Agradeço à Dr^a Carla Kassis por gentilmente ter compartilhado parte do seu grande acervo científico.

Agradeço à Dr^a Ana Cristina Benoliel pelo apoio recebido.

Agradeço à Olha Dzinyuk, minha companheira de Box, que se transformou numa verdadeira e fiel amiga.

Agradeço a todos os amigos que me apoiaram, em especial ao grupo G 20, pela união e troca de saber, apoio e solidariedade.

Por fim, agradeço a todos os que, de alguma forma, contribuíram direta ou indiretamente para esta conquista. Cada gesto, palavra ou apoio fez a diferença.

A todos o meu mais sincero obrigado.

RESUMO

O envelhecimento populacional constitui um dos maiores desafios contemporâneos para a sociedade, os governos e os sistemas de saúde, exigindo uma abordagem multidisciplinar que contemple as necessidades físicas, emocionais e sociais dos indivíduos idosos. No contexto da medicina dentária, a reabilitação oral adquire um papel central na promoção da qualidade de vida, na medida em que contribui para o restabelecimento da função mastigatória, da estética e da autoestima.

A presente dissertação tem como objetivo analisar a relação entre reabilitação oral e qualidade de vida, com especial enfoque nos aspetos psicológicos associados à saúde oral numa população envelhecida. Trata-se de uma revisão narrativa, realizada através da análise de artigos publicados em bases de dados científicos como a PubMed, SciELO, Embase, EBSCO, Science Direct e Google Scholar. Os artigos pesquisados foram publicados entre os anos de 1999 e 2025. Foram abordadas diferentes modalidades terapêuticas, desde restaurações diretas a próteses removíveis, fixas ou implantossuportadas, bem como as barreiras que limitam o acesso aos cuidados de reabilitação, incluindo obstáculos de natureza financeira, física, funcional e psicológica.

A análise da literatura científica permitiu verificar que a saúde oral precária está associada a sentimentos de isolamento, ansiedade, depressão e perda de autonomia, sendo a reabilitação oral uma ferramenta eficaz para diminuir esses impactos. Contudo, persistem desigualdades no acesso aos cuidados, o que reforça a necessidade de políticas públicas inclusivas e de uma atuação sensível por parte dos profissionais de saúde oral.

Conclui-se que a reabilitação oral deve ser compreendida não apenas como um procedimento clínico, mas como uma intervenção com potencial de transformar a vivência do envelhecimento, promovendo dignidade, funcionalidade e bem-estar integral.

Palavras-chave: reabilitação oral, saúde oral, impactos psicológicos, idosos.

ABSTRACT

Population ageing is one of the greatest contemporary challenges facing society, governments, and healthcare systems, requiring a multidisciplinary approach that addresses the physical, emotional, and social needs of older individuals. In the context of dentistry, oral rehabilitation plays a central role in promoting quality of life by restoring masticatory function, aesthetics, and self-esteem.

This dissertation aims to analyse the relationship between oral rehabilitation and quality of life, with a particular focus on the psychological aspects associated with oral health in an ageing population. This is a narrative review, conducted through the analysis of articles published in scientific databases such as PubMed, SciELO, Embase, EBSCO, ScienceDirect, and Google Scholar. The articles reviewed were published between the years 1999 and 2025. Various therapeutic approaches were addressed, ranging from direct restorations to removable, fixed, or implant-supported prostheses, as well as the barriers that limit access to rehabilitative care, including financial, physical, functional, and psychological obstacles.

The analysis of scientific literature has shown that poor oral health is associated with feelings of isolation, anxiety, depression, and loss of autonomy. Oral rehabilitation emerges as an effective tool to mitigate these effects. However, inequalities in access to care persist, highlighting the need for inclusive public policies and a sensitive, patient-centred approach from oral health professionals.

It is concluded that oral rehabilitation should not be viewed merely as a clinical procedure, but rather as an intervention with the potential to transform the experience of ageing by promoting dignity, functionality, and overall well-being.

Keywords: oral rehabilitation, oral health, psychological impacts, older adults.

ÍNDICE GERAL

I.	INTRODUÇÃO	7
II.	DESENVOLVIMENTO	10
1.	Envelhecimento da população e Impactos Sociais	10
1.1	Cenário Demográfico em Portugal e no Mundo	10
1.2	Desafios Socioeconómicos do Envelhecimento	13
2.	Saúde Oral	17
2.1	Definição e Componentes da Saúde Oral	17
2.2	Envelhecimento e Saúde Oral	20
2.2.1	Alterações fisiológicas do envelhecimento	20
2.2.2	Problemas orais prevalentes em idosos	23
2.2.3	Polifarmácia e Doenças Sistémicas	26
2.2.4	Impactos na Mastigação, Deglutição, Nutrição e Fonética	28
2.2.5	Impacto da Saúde Oral nas funções cognitivas	30
2.3	Relação entre Saúde Oral e Qualidade de Vida: OHRQoL	34
3.	Reabilitação Oral	37
3.1	Definição	37
3.2	Técnicas e Procedimentos em Reabilitação Oral	40
3.3	Comparação entre Próteses Totais Convencionais e Próteses Totais sobre Implantes	47
3.4	Barreiras ao acesso à Reabilitação Oral em Idosos	48
3.4.1	Barreiras Financeiras	48
3.4.2	Barreiras Psicológicas	50
3.4.3	Barreiras Físicas e Funcionais	51
4.	Impactos Psicológicos da Saúde Oral em Idosos	51
5.	Implicações para a Prática Clínica e Políticas de Saúde	56
III.	CONCLUSÃO	58
IV.	BIBLIOGRAFIA	60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Proporção da população portuguesa por faixas etárias em 2021	11
Figura 2 - Projeção da distribuição etária da população em Portugal no ano de 2020 ...	12
Figura 3 - Percentagem da população portuguesa com 65 ou mais anos, por níveis de escolaridade, em 2020.....	14
Figura 4 - Distribuição percentual do estado de saúde oral da população portuguesa entre os 65 e os 74 anos, em 2013-2014	20
Figura 5 - Idoso, com poucos dentes, dificuldade em mastigar e engolir, apresentando declínio na função oral e esfera social	26
Figura 6 - Idoso sem prejuízos de função oral ou declínio físico e/ou cognitivo, mantendo boa condição oral e interação social ativa.....	26
Figura 7 – R.O. prótese total convencional na arcada superior e prótese tipo protocolo na arcada inferior: antes x depois	37
Figura 8 – R.O. com coroas unitárias e próteses removíveis esqueléticas: antes x depois.	37
Figura 9 – R.O. com coroas unitárias: antes x depois.....	38
Figura 10 – Enceramento diagnóstico analógico	39
Figura 11 – Enceramento diagnóstico digital	39
Figura 12 – Silicone para Mock up.....	39
Figura 13 – Reabilitação oral: provisórias de laboratório.....	40
Figura 14 – Coroas unitárias	43
Figura 15 – Reabilitação oral: fase de provisórias.....	55
Figura 16 – Reabilitação oral: antes x depois	56
Figura 17 - Idosos com saúde oral e qualidade de vida	57

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Evolução comparativa da distribuição etária da população europeia entre 2010 e 2020, focando os grupos dos 0 aos 14 anos e dos 60 anos ou mais	10
Tabela 2 – Tipos de cuidados com os idosos	15
Tabela 3 - Visão global para a saúde oral no horizonte 2030.....	19
Tabela 4 - Comparação entre próteses totais convencionais e próteses totais sobre implantes	47

LISTA DE ABREVIATURAS

- **RO** – Reabilitação Oral
- **OHRQoL** – Oral Health Related Quality of Life; Qualidade de vida relacionada à saúde oral
- **UE27** - Designação atual e oficial para a União Europeia sem o Reino Unido
- **INE** – Instituto Nacional de Estatística
- **QoL** – Quality of Life; Qualidade de Vida
- **INS** – Inquérito Nacional de Saúde
- **FDI** – Federação Dentária Internacional
- **ODS** – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
- **OMS** – Organização Mundial de Saúde
- **DGS** – Direção Geral de Saúde
- **CUS** – Cobertura Universal de Saúde
- **HRQoL** – Health Related Quality of Life; Qualidade de vida relacionada à saúde
- **DLC** – Déficit Cognitivo Ligeiro
- **OHIP** - Oral Health Impact Profile
- **GOHAI** - General Oral Health Assessment Index
- **OIDP** - Oral Impacts on Daily Performance

I. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional constitui um fenómeno de grande relevância no panorama actual, gerando consequências significativas para os sistemas de saúde, a sustentabilidade económica e as dinâmicas sociais. Em diversos países, regista-se um acréscimo expressivo da esperança média de vida, resultado do progresso nos cuidados médico-assistenciais e da melhoria das condições de vida. Contudo, esta longevidade não é, frequentemente, acompanhada por uma qualidade de vida satisfatória, nomeadamente no que diz respeito à autonomia funcional, à integração social e ao bem-estar psicológico. Em Portugal, observa-se uma elevação gradual da proporção de idosos na estrutura etária, exigindo respostas eficazes das políticas públicas e das equipas multidisciplinares de saúde, com especial enfoque nos factores que influenciam o bem-estar global. Neste contexto, a saúde oral, e em particular a reabilitação oral, assume um papel determinante, não apenas pela sua influência na saúde física, mas também pelos seus impactos positivos na autoestima, na redução do isolamento social e na promoção de um envelhecimento mais saudável, activo e psicologicamente equilibrado. A prevenção e o tratamento adequado dos problemas orais contribuem, assim, para uma melhor qualidade de vida e para o fortalecimento da participação social dos idosos numa sociedade cada vez mais envelhecida (Envelhecimento e Saúde: caracterização da saúde da população idosa em Portugal / Santos et al., 2022).

A saúde oral desempenha papel central nesse contexto, pois a presença de condições desfavoráveis, como perdas dentárias, problemas periodontais ou outras complicações, compromete não apenas funções básicas, como mastigar e falar, mas também a aparência e a autoestima (Sherman et al., 2024).

A Reabilitação Oral (RO), configura uma estratégia crucial para a manutenção ou para a recuperação da mastigação, da fonética e da harmonia estética, aspetos que se relacionam diretamente ao bem-estar geral. Tais intervenções repercutem na vida diária dos utentes, proporcionando maior segurança nas interações sociais e reduzindo o constrangimento decorrente da ausência de dentes ou da instabilidade das próteses (Manfredini et al., 2024).

A melhoria na capacidade mastigatória está associada a vantagens nutricionais, já que a ingestão adequada de alimentos diversificados previne déficits vitamínicos e estados de

subnutrição, sobretudo em faixas etárias avançadas (Krishnamoorthy et al., 2018; ONO et al., 2010).

A literatura especializada tem enfatizado a relevância de se avaliar a qualidade de vida associada à saúde oral de forma sistemática. O conceito de *Oral Health-Related Quality of Life* (OHRQoL) tem vindo a ser aplicado como indicador fundamental para aferir, segundo a perceção do próprio indivíduo, o impacto das condições orais em dimensões como conforto, sociabilidade e estabilidade emocional. Em análises transversais, observam-se resultados positivos após a implementação de procedimentos reabilitadores, com ganhos psicológicos e funcionais que ultrapassam os parâmetros estritamente clínicos (John et al., 2016).

De acordo com Nickenig et al. (2024), foi registada melhoria relevante nos índices de OHRQoL em pacientes submetidos a implantes dentários, o que reforça a necessidade de se considerar a dimensão psicológica na avaliação dos resultados de procedimentos de maior complexidade em Medicina Dentária.

Conclusões semelhantes foram apresentadas por Avukat et al. (2023) ao analisarem a satisfação de indivíduos que receberam *overdentures*, identificando uma redução expressiva na sensação de incapacidade psicológica.

Estes dados reforçam a compreensão de que a saúde oral não se restringe a parâmetros clínicos isolados, abrangendo igualmente a perceção subjetiva do próprio indivíduo quanto ao seu estado de bem-estar geral. Esta perspetiva multidimensional sustenta a necessidade de adoptar abordagens integradas, que considerem fatores frequentemente associados ao envelhecimento, como a polimedicação e a presença de múltiplas comorbilidades, os quais podem exercer um impacto negativo significativo sobre a condição de saúde oral. (Envelhecimento e Saúde: caracterização da saúde da população idosa em Portugal / Santos et al., 2022).

Paralelamente, investigações recentes indicam que a função mastigatória exerce influência em processos cognitivos, reforçando a importância de intervenções reabilitadoras para prevenir ou abrandar possíveis declínios neurológicos. Esta evidência intensifica a necessidade de considerar a RO como parte essencial de um conjunto de cuidados, especialmente direcionados às necessidades do idoso (Krishnamoorthy et al., 2018; ONO et al., 2010).

A relevância da presente Revisão Narrativa decorre, portanto, da conjunção de fatores demográficos, clínicos e socioeconómicos que caracterizam a realidade contemporânea. O aumento gradual do número de idosos, aliado às limitações que muitos enfrentam na procura de cuidados especializados e às restrições económicas que dificultam o acesso a tratamentos, exige a reformulação de estratégias de saúde pública. Certos problemas orais contribuem para a redução substancial da autonomia e para o agravamento do isolamento social, desencadeando quadros depressivos e declínios no estado geral de saúde. A escassez de programas preventivos e reabilitadores agrava as desigualdades e amplia as lacunas de assistência, sobretudo para aqueles que enfrentam barreiras de deslocação ou recursos financeiros limitados (Oliveira et al., 2021).

Este estudo de Revisão Narrativa aborda os impactos psicológicos da RO em idosos e como estes tratamentos influenciam a perceção de qualidade de vida, autoavaliação, saúde mental e relacionamentos sociais. Foi realizada uma revisão narrativa fundamentada numa seleção de artigos publicados e disponíveis em bases de dados reconhecidas como PubMed, SciELO, Embase, EBSCO, ScienceDirect e Google Scholar. O período da pesquisa foi por artigos publicados entre os anos de 1999 e 2025.

II. DESENVOLVIMENTO

1. Envelhecimento da população e Impactos Sociais

1.1 Cenário Demográfico em Portugal e no Mundo

O envelhecimento da população está a tornar-se numa das mais marcantes transformações sociais do século XXI, com repercussões que atingem todos os setores da sociedade: desde o mercado de trabalho e financeiro, passando pela procura de bens e serviços (como habitação, transportes e proteção social), até às estruturas familiares e às relações intergeracionais. Pensa-se que a quantidade de indivíduos com 60 anos ou mais duplique até 2050 e triplique até 2100, chegando a 2,1 mil milhões em 2050 e 3,1 mil milhões em 2100 (ONU- Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental - 2019).

Este é um fenómeno observado em vários países, e esta tendência, mesmo que de forma individualizada, está presente em todos os estados membros da União Europeia (UE27). Em 2020, Portugal, assim como Itália, Finlândia, Grécia, Bulgária, Alemanha e Croácia, era um dos países mais envelhecidos da UE27, de acordo com os dados do Relatório de Envelhecimento e Saúde, do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (Envelhecimento e Saúde: caracterização da saúde da população idosa em Portugal / Santos et al., 2022).

Tabela 1 - Evolução comparativa da distribuição etária da população europeia entre 2010 e 2020, focando os grupos dos 0 aos 14 anos e dos 60 anos ou mais
(Fonte: adaptado de Eurostat, citado pelo Ministério da Saúde, 2022).

	2010 (%)	2020 (%)	2010 (%)	2020 (%)
União Europeia – 27 países	15,2	15,1	26,3	27,0
Alemanha	13,5	13,7	27,0	28,5
Áustria	14,4	14,6	24,6	25,4
Bélgica	15,3	16,4	24,8	25,6
Bulgária	14,2	15,0	21,0	21,8
Chipre	16,2	16,0	21,3	21,9
Croácia	15,8	15,8	23,0	23,8
Dinamarca	16,6	16,6	25,2	26,2
Eslováquia	16,5	16,4	25,4	26,3
Eslovênia	16,8	16,5	23,5	24,1
Espanha	15,0	15,0	25,6	25,7
Estônia	18,2	18,5	27,1	28,3

	2010 (%)	2020 (%)	2010 (%)	2020 (%)
Finlândia	18,4	19,2	28,0	29,5
França	16,2	16,6	25,1	25,8
Grécia	13,4	13,4	23,1	23,9
Holanda	14,1	14,1	25,5	26,5
Hungria	16,5	16,7	25,5	26,3
Irlanda	15,0	14,9	20,8	21,5
Itália	13,6	13,7	23,0	23,8
Letônia	15,0	16,0	26,0	26,7
Lituânia	15,6	16,2	26,2	26,9
Luxemburgo	15,9	15,8	24,4	25,2
Malta	16,0	15,8	22,0	22,6
Polónia	15,2	15,3	25,4	26,1
Portugal	11,4	12,0	24,6	25,4
República Checa	15,7	15,7	23,6	24,0
Romênia	13,1	13,2	22,3	22,8
Suécia	17,7	17,9	25,8	26,4

Em 2011, para cada 100 jovens que residiam em Portugal, havia 127 idosos. Já em 2020, este número aumentou para 167 (Ministério da Saúde, 2022).

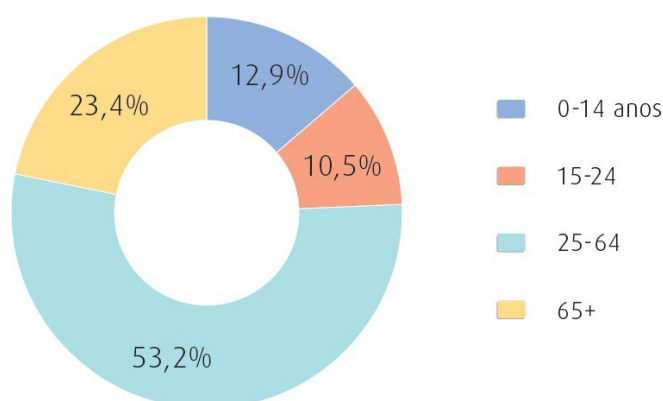


Figura 1 - Proporção da população portuguesa por faixas etárias em 2021 (fonte: Relatório INE citado pelo Ministério da Saúde, 2022).

Em termos de distribuição por sexo na população idosa, o processo de feminização do envelhecimento aponta para o facto de que as mulheres, a nível mundial, constituem a maioria desta população. Em 2021 em Portugal, 57% da população de 65 anos ou mais eram mulheres, e 43% eram homens (Ministério da Saúde, 2022).

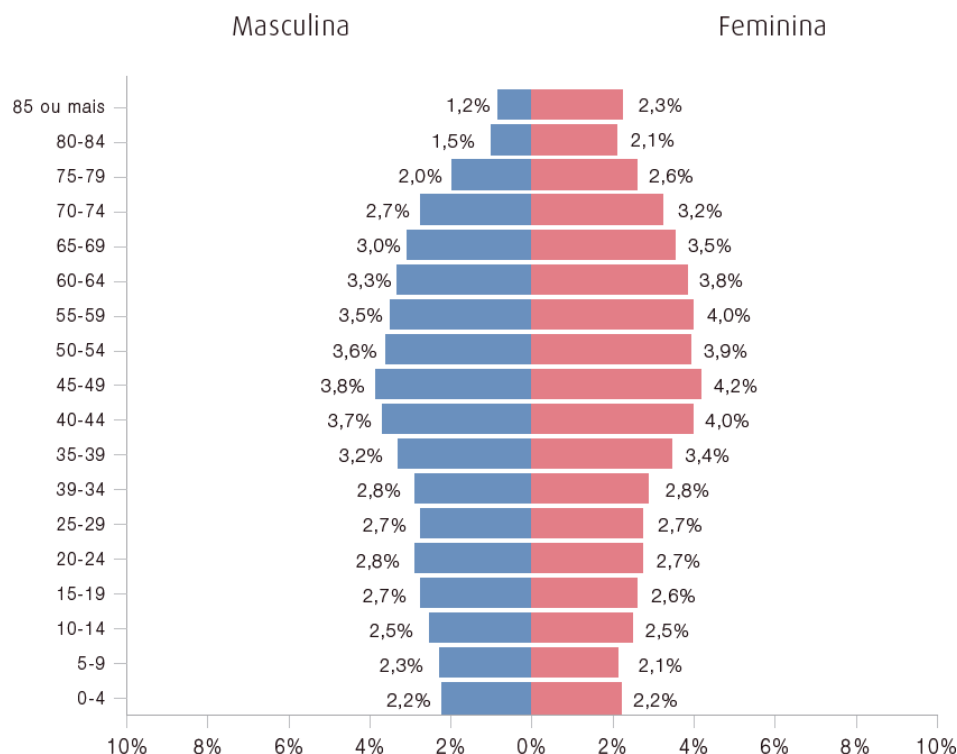


Figura 2 - Projeção da distribuição etária da população em Portugal no ano de 2020 (fonte: INE citado pelo Ministério da Saúde, 2022).

As pessoas mais velhas são cada vez mais vistas como participantes ativos no desenvolvimento, cujas competências e conhecimentos podem ser incluídos em políticas e programas. Ainda assim, ao longo das próximas décadas, muitos países enfrentarão desafios fiscais e políticos nos sistemas públicos de saúde, previdência e proteção social para a terceira idade. A dimensão total e a composição etária de uma população são definidas por três processos demográficos principais: fertilidade, mortalidade e migração. Desde 1950, todas as regiões do mundo testemunharam um aumento significativo da esperança de vida. Embora o declínio da fertilidade e a crescente longevidade sejam os principais fatores do envelhecimento populacional a nível global, a migração internacional também altera a estrutura etária em alguns países e regiões. Em contextos que recebem elevados fluxos migratórios, a chegada de pessoas mais jovens pode atrasar temporariamente o ritmo de envelhecimento, visto que os migrantes tendem a ter idades inferiores à média da população local (Nações Unidas- Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental – 2019).

A urbanização e o envelhecimento populacional são duas das principais transformações demográficas do século XXI. Até 2030, mais de 1 bilhão de pessoas terão 65 anos ou mais, e cerca de dois terços da população mundial viverá em áreas urbanas. Essas

mudanças criam desafios significativos para a infraestrutura, saúde pública e coesão social, mas também oferecem oportunidades para redefinir políticas públicas (Liang-Kung Chen, 2022).

A urbanização aumenta a expectativa de vida, mas também está associada a maior risco de isolamento social, depressão e desafios de acessibilidade para idosos. Idosos em áreas urbanas enfrentam mais desafios relacionados à segurança, acessibilidade a serviços e isolamento social. Idosos em áreas rurais geralmente têm menos acesso a serviços de saúde, mas maior suporte comunitário e social (Liang-Kung Chen, 2022).

A falta de transportes públicos adaptados pode limitar a mobilidade dos idosos. O isolamento social e a falta de espaços de convivência afetam o bem-estar psicológico dos idosos em áreas urbanas. Já os idosos em áreas rurais geralmente relatam maior satisfação com a vida do que aqueles que vivem em áreas urbanas. Mesmo com melhores condições de vida e acesso à saúde em cidades, idosos em zonas urbanas têm níveis mais altos de solidão e depressão. Em cidades, fatores como falta de vizinhança amigável, poluição e trânsito intenso afetam negativamente a qualidade de vida. A presença de amigos e vizinhos solidários é essencial para a qualidade de vida dos idosos. Cidades que promovem o envelhecimento ativo, oferecendo espaços de lazer e transporte acessível, melhoram o bem-estar dos idosos (Liang-Kung Chen, 2022).

O envelhecimento populacional e a urbanização devem ser tratados de forma integrada para garantir qualidade de vida aos idosos. As cidades precisam de ser projectadas para oferecer infraestruturas que permitam aos idosos viver de forma ativa e independente. Programas de inclusão social e combate ao isolamento são fundamentais para a saúde mental e o bem-estar dos idosos em áreas urbanas (Liang-Kung Chen, 2022).

1.2 Desafios Socioeconómicos do Envelhecimento

Um dos principais desafios globais nas próximas décadas será o envelhecimento sem precedentes da população, tanto na Europa como no restante mundo. Este fenómeno está a alterar os hábitos de consumo, a colocar em causa os modelos económicos vigentes, a fomentar o aparecimento de novos sectores industriais e de serviços, e a exigir uma revisão aprofundada das políticas de saúde e dos cuidados sociais (Banks J., 2017).

Fatores socioeconómicos e condições de saúde oral desempenham um papel fundamental na qualidade de vida relacionada à saúde de idosos. Depressão, tabagismo, dor dentária e doenças periodontais foram os principais fatores de risco para baixa do OHRQoL. Surpreendentemente, ser casado e ter mais de 75 anos não foram necessariamente protetores contra uma pior percepção de saúde oral. Idosos com piores condições socioeconómicas e baixa escolaridade apresentaram um maior impacto negativo na OHRQoL (Kamal Baniyadi et al., 2021).

Quanto ao nível de escolaridade da população portuguesa, dados de 2020 indicavam que a grande maioria da população idosa tinha até ao 1º ciclo de escolaridade obrigatória. Somente 9,1% da população acima de 65 anos eram detentores do Ensino Superior (Envelhecimento e Saúde: caracterização da saúde da população idosa em Portugal / Santos et al., 2022).

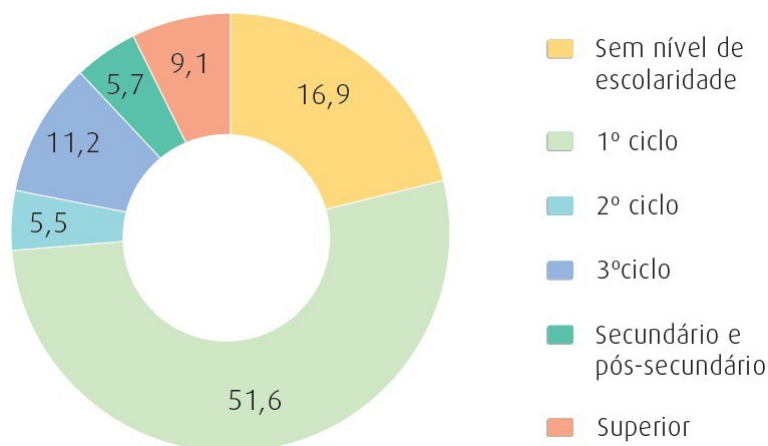


Figura 3 - Percentagem da população portuguesa com 65 ou mais anos, por níveis de escolaridade, em 2020 (fonte: PORDATA citado pelo Ministério da Saúde, 2022).

Outro dado muito importante a ser observado e que pode impactar diretamente na vulnerabilidade da população idosa refere-se ao tipo de família a que o idoso pertence. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), de acordo com o censo de 2011, 60% da população idosa portuguesa vivia sozinha ou em companhia somente de outro idoso. Nas sociedades modernas as estruturas familiares modificaram-se, e com o aumento da esperança média de vida, o apoio aos idosos revela-se um grande desafio. (Envelhecimento e Saúde: caracterização da saúde da população idosa em Portugal / Santos et al., 2022).

O envelhecimento populacional e as mudanças nas estruturas familiares (menor número de cuidadores informais e maior participação feminina no mercado de trabalho) impulsionam a demanda por trabalhadores formais de cuidados. Podemos identificar três regimes principais de cuidados:

Tabela 2 – Tipos de cuidados com os idosos
(fonte: adaptado de Martinez-Lacoba, 2021).

Social democrata	Acesso universal a serviços regulados (ex: Suécia)
Liberal	Mercado de trabalho desenvolvido, com suporte do Estado apenas para os mais carentes (ex: Reino Unido)
Familiar	Cuidado é primariamente da responsabilidade da família (ex: Itália, Portugal, Espanha)

Há uma crescente necessidade de reformular políticas de cuidados com foco na formalização e valorização profissional dos cuidadores. Assim como é fundamental criar incentivos à regularização e capacitação profissional para garantir cuidados de qualidade. É essencial a construção de sistemas sustentáveis, justos e eficientes, que atendam à crescente demanda por cuidados a idosos (Roberto Martinez-Lacoba, 2021).

Diante do envelhecimento populacional global, há uma necessidade crescente de compreender, promover e medir o envelhecimento saudável. A OMS estabeleceu a "Década do Envelhecimento Saudável 2020–2030" com foco na qualidade de vida, inclusão social e funcionalidade dos idosos. Contudo, ainda existem dificuldades em definir e medir de forma padronizada o que é envelhecer com saúde, principalmente pela diversidade de interpretações de conceitos e biomarcadores utilizados. Evolução Histórica dos Conceitos:

- Anos 60: visão negativa do envelhecimento, teoria do desengajamento. A teoria propõe que, à medida que envelhecem, os indivíduos tendem a afastar-se progressivamente da vida social ativa, diminuindo os seus papéis e relações no contexto social. Esse afastamento seria natural, esperado e mutuamente benéfico, tanto para o idoso quanto para a sociedade.

- 1987: Rowe & Kahn propuseram o conceito de "envelhecimento bem-sucedido" baseado na ausência de doenças, função cognitiva preservada e envolvimento ativo.

- Anos 2000: Introdução dos conceitos de "envelhecimento activo", que significa envelhecer com saúde, autonomia e participação social (OMS, 2002) e "capacidade intrínseca", que se refere ao potencial físico e mental que uma pessoa tem para funcionar. (OMS, 2015).

- Conceitos modernos incluem: "resiliência", "hormese" (conceito segundo o qual exposições leves e controladas a certos stresses, como exercício físico, jejum ou calor, podem estimular mecanismos de reparação celular e promover a longevidade), "capacidade funcional" e "healthspan " (tempo de vida com saúde e autonomia).

Questionários são essenciais para capturar aspectos subjetivos e psicossociais do envelhecimento saudável. Avaliam Qualidade de Vida (QoL), participação social, atividades de vida diária, resiliência e contexto socioeconómico, visto que o envelhecimento é um processo multifatorial, modulado por fatores biológicos, sociais e ambientais (Luise Charlotte Behr et al., 2023).

O conceito de envelhecimento activo pode ser definido como o processo de optimização das oportunidades relacionadas com a saúde, a participação social e a segurança, tendo como finalidade a melhoria contínua da qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento, bem como a preservação e o desenvolvimento das capacidades funcionais que condicionam o bem-estar na velhice. Estas capacidades emergem da interação entre os recursos físicos e mentais do indivíduo e o meio ambiente envolvente. Importa salientar que o envelhecimento activo não se limita à permanência das pessoas idosas no mercado de trabalho remunerado, abrangendo igualmente a sua participação na sociedade através de actividades de voluntariado, do apoio informal prestado a familiares, e de condições que favoreçam a manutenção da autonomia, tais como habitação e infraestruturas adaptadas, sempre que necessário. Relativamente à participação em actividades sociais e culturais, destaca-se o crescimento contínuo do projecto das Universidades Seniores, criado em 1976, que atingiu um total de 345 instituições em funcionamento no ano de 2018. (Envelhecimento e Saúde: caracterização da saúde da população idosa em Portugal / Santos et al., 2022).

2. Saúde Oral

2.1 Definição e Componentes da Saúde Oral

A Federação Dentária Internacional (FDI) é uma organização mundial que representa a Medicina Dentária e reúne associações de profissionais de diversos países, com o objetivo de promover a saúde oral global, aprimorar padrões de prática odontológica e orientar políticas relacionadas à saúde oral a nível internacional. A FDI adotou, em setembro de 2016, uma definição multidimensional de saúde oral, sustentada em quatro pontos principais:

“A saúde oral é multifacetada e inclui a capacidade de falar, sorrir, cheirar, saborear, tocar, mastigar, engolir e expressar uma variedade de emoções através de expressões faciais, com confiança e sem dor, desconforto ou doença na região craniofacial. Além disso, é um componente fundamental da saúde e do bem-estar físico e mental, existindo ao longo do tempo, que reflete valores, atitudes, experiências e expectativas das pessoas e comunidades.” (Patrick Hescot, 2017).

Esta definição posiciona a saúde oral como parte integrante da saúde global, ligada a fatores fisiológicos, psicológicos e sociais que influenciam diretamente a qualidade de vida dos indivíduos. A inclusão da saúde oral nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas, em particular no ODS 3 (“Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”), ganha força com esta nova definição. Estima-se que 3,9 mil milhões de pessoas sofram de doenças orais, sendo a cárie dentária não tratada a condição mais prevalente no mundo (Patrick Hescot, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde oral como o estado da boca, dos dentes e das estruturas orofaciais que permite aos indivíduos desempenharem funções essenciais, como comer, respirar e falar, e abrange dimensões psicossociais, como autoconfiança, bem-estar e a capacidade de socializar e trabalhar sem dor, desconforto ou constrangimento. A saúde oral varia ao longo do curso de vida, desde a primeira infância até a velhice, é parte integrante da saúde geral e apoia os indivíduos na participação na sociedade e na realização do seu potencial. As consequências das doenças orais não tratadas são graves e impactantes. A saúde oral desempenha um papel importante no bem-estar e na autoestima, ao passo que as doenças orais afetam fortemente a qualidade de vida, a produtividade e a capacidade de trabalhar, bem como a participação social

(Relatório Global sobre o Estado da Saúde Bucal: Rumo à Cobertura Universal de Saúde Bucal até 2030. Genebra: OMS, 2022).

A saúde oral desempenha um papel essencial na autoestima e nas relações sociais, influenciando a qualidade de vida. Desta forma, o médico dentista não atua apenas na restituição da função oral, mas também na manutenção do bem-estar físico e emocional do paciente. Com a previsão de que 25% da população mundial terá mais de 60 anos em 2050, sendo que 400 milhões de pessoas terão mais de 80 anos, destaca-se a relevância de cuidados de saúde oral adequados para promover um envelhecimento saudável (Patrick Hescot, 2017).

A FDI desenvolveu o projeto “*Oral Health for an Ageing Population*”, com o objetivo de:

- Manter um número adequado de dentes funcionais;
- Desenvolver estratégias de prevenção de cárie e doença periodontal;
- Integrar os cuidados orais com outras especialidades médicas;
- Fazer a monitorização epidemiológica das doenças orais em populações idosas.

Devido à estreita relação entre doença periodontal e qualidade de vida, bem como possíveis vínculos com outras patologias sistémicas (diabetes, doenças cardiovasculares e respiratórias, entre outras), a FDI estabeleceu o “*Global Periodontal Health Project*”, com o objetivo de:

- Sensibilizar para a importância da saúde gengival;
- Promover medidas preventivas a nível populacional;
- Criar ferramentas de *advocacy*, que significa defesa ativa de uma causa ou incidência política, para influenciar políticas de saúde;
- Incentivar a colaboração multidisciplinar na abordagem das doenças periodontais (Patrick Hescot, 2017).

No Relatório FDI Vision 2030, a FDI apresenta uma visão global para a saúde oral no horizonte 2030, no qual a saúde geral e a saúde oral estão intrinsecamente interligadas,

não podendo ser vistas como dimensões independentes. O documento organiza as recomendações e estratégias em três pilares fundamentais:

Tabela 3 - Visão global para a saúde oral no horizonte 2030
(fonte: adaptado de Glick M. et al., 2021).

Pilar 1: Cobertura Universal para Saúde Oral, onde se destacam 4 elementos: Prevenção e detecção precoce de doenças orais; Proximidade e acessibilidade dos cuidados, de modo que sejam adequados e economicamente comportáveis; Melhoria dos resultados em saúde oral a custos mais sustentáveis; Plataformas convergentes de consciencialização sobre saúde oral, ampliando o conhecimento público e fortalecendo iniciativas de promoção e educação.	Pilar 2: Integração da Saúde Oral na Saúde Geral e na Agenda de Desenvolvimento: Procura-se assegurar que, até 2030, a prestação de cuidados de saúde seja integrada, centrada na pessoa e inclua o componente de saúde oral como parte inseparável da saúde sistémica.	Pilar 3: Construção de uma Força de Trabalho Resiliente e Sustentável em Saúde Oral: Foco na prevenção de doenças orais e na promoção de hábitos saudáveis; Monitorização de condições sistémicas, ou seja, a equipa dentária pode desempenhar um papel na identificação de sinais de doenças crónicas; Adoção de tecnologias adequadas e ambientalmente sustentáveis, beneficiando os pacientes de forma acessível e segura; Planeamento de recursos e formação em sinergia com governos, organizações de ensino, profissionais de saúde e outros autores relevantes.
---	--	--

As doenças orais mais prevalentes são a Cárie e a Doença Periodontal. Num estudo epidemiológico realizado em Portugal pela Direção Geral da Saúde (DGS), nos anos 2013 e 2014, viu-se que:

- 2% da população entre 65 e 74 anos não tinha cáries;
- 30% apresentavam gengivas saudáveis;
- 15,1% apresentavam dentes cariados, perdidos por cárie ou obturados;
- 36,7% apresentavam 20 ou mais dentes naturais;
- 14,4% eram desdentados;
- 31,3% relatavam ter dores de dentes ou gengivas e feridas na cavidade oral;
- 51,1% utilizavam próteses removíveis.

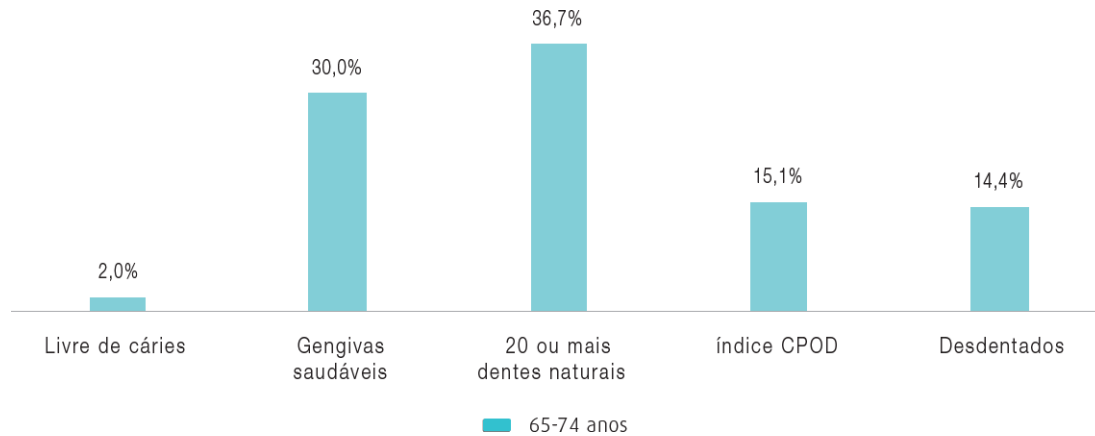


Figura 4 - Distribuição percentual do estado de saúde oral da população portuguesa entre os 65 e os 74 anos, em 2013-2014 (fonte: Calado et al citado pelo Ministério da Saúde, 2022).

Reconhecer a saúde oral como parte indissociável da saúde geral e do bem-estar ao longo de toda a vida é de suma importância. No caso das populações envelhecidas, torna-se ainda mais urgente assegurar que as pessoas consigam manter um estilo de vida saudável, livre de dor ou complicações orais que afetem a mastigação, a comunicação e a autoestima (Patrick Hescot, 2017).

2.2 Envelhecimento e Saúde Oral

2.2.1 Alterações fisiológicas do envelhecimento

À medida que a população ultrapassa a faixa etária de 65 anos, surgem mudanças fisiológicas progressivas e heterogêneas, ou seja, não padronizadas para todos. Essa variabilidade é fruto de fatores genéticos, históricos de doenças, estilos de vida e contextos sociais diversos. Nesse sentido, a equipa de saúde, incluindo médicos dentistas, deve conhecer essas peculiaridades para promover um cuidado centrado no paciente idoso, distinguindo alterações fisiológicas próprias do envelhecimento de quadros patológicos (Thompson L. et al., 2023).

Com o envelhecimento da população global, crescem os desafios de manter a saúde oral ao longo da vida. A gerociência, que tem como foco os mecanismos biológicos que ligam o envelhecimento ao aparecimento de doenças crônicas, surge então como área de estudo fundamental (Weintraub J. A. et al., 2023).

De acordo com Kanasi E. et al., (2016), o envelhecimento é definido como um declínio funcional progressivo que afeta todos os organismos vivos. Observa-se que algumas populações de centenários apresentam marcadores genéticos favoráveis à longevidade. Existem nove principais mecanismos biológicos do envelhecimento, sendo: instabilidade genômica (danos ao DNA); encurtamento dos telômeros; alterações epigenéticas; deterioração da regulação metabólica; diminuição da regeneração celular; senescência celular (células param de se dividir); declínio da comunicação intercelular; disfunção mitocondrial, perda de homeostase proteica.

Segundo Thompson L. et al., (2023) as alterações fisiológicas do envelhecimento dividem-se em:

a) Mudanças Cardiovasculares e Pulmonares:

- **Fisiologia Cardiovascular:** Ocorre endurecimento vascular, com perda gradual da complacência arterial e redução de mecanismos de autorregulação da pressão arterial. Consequentemente, muitos idosos apresentam debilidade hemodinâmica, tolerando menos variações posturais (por exemplo, posição supina prolongada na cadeira do médico dentista) ou procedimentos invasivos demorados. O débito cardíaco tende a reduzir, bem como a reserva fisiológica para lidar com estresses agudos (por exemplo, infecções ou hemorragias).
- **Sistema Pulmonar:** Há um declínio da elasticidade pulmonar e menor capacidade de difusão dos gases. A performance torácica diminui, resultando em redução do volume de reserva expiratória. A troca gasosa pode ser mais comprometida quando o paciente permanece em posições que restrinjam ainda mais o fluxo aéreo. Para a prática médico dentária, isto sugere que pausas frequentes e adequações de posição podem ser necessárias para garantir o conforto e a oxigenação adequada do paciente.
- O médico dentista deve monitorizar sinais vitais (frequência cardíaca, pressão arterial e oximetria) e, caso haja histórico de doença cardiovascular ou pulmonar, planejar sessões de tratamento mais curtas ou com intervalos de descanso, além de um posicionamento da cadeira que facilite a respiração (particularmente em pacientes com dispneia).

b) Modificações Metabólicas e Endócrinas:

- Sistema Renal: A taxa de filtração glomerular diminui com a idade, o que resulta em menor capacidade de excreção. Isto pode implicar ajustes de dose de fármacos, incluindo antibióticos ou analgésicos usados em medicina dentária.
- Sistema Hepático: Há redução do fluxo sanguíneo hepático e, com frequência, comprometimento parcial do metabolismo de primeiro passo. Isto significa que certas substâncias metabolizadas pelo fígado podem requerer doses menores ou maior espaçamento de administração. Os fármacos lidam com maior risco de toxicidade no idoso.
- Sistema Endócrino: Alterações na sensibilidade e libertação de insulina tornam mais comum a ocorrência de intolerância à glicose ou *diabetes melitus* tipo 2. Picos de hiperglicemia ou hipoglicemia são mais prováveis em idosos que utilizam medicamentos antidiabéticos. Na prática da medicina dentária, uma compreensão do estado glicémico é essencial para evitar complicações (por exemplo, cicatrização prejudicada, maior risco de infeções).

A prescrição de medicamentos deve considerar a depuração renal, e o médico dentista pode discutir com o médico assistente ajustes de dose ou fármacos alternativos. É recomendável avaliar a glicemia para minimizar riscos intra e pós-procedimentos.

c) Alterações Musculoesqueléticas e Neurológicas:

- Massa muscular e mobilidade: A sarcopenia (perda progressiva de massa e força muscular) e a diminuição da densidade óssea (osteopenia/osteoporose) são comuns, tornando ossos e articulações mais suscetíveis a fraturas e desconfortos. Além disso, a instabilidade postural pode dificultar o posicionamento do paciente na cadeira e prolongar tempo de consulta.
- Aparelho sensorial e coordenação: Pode ocorrer redução da acuidade visual e auditiva, diminuição do paladar e olfato, além de menor sensibilidade tátil. Em termos neurológicos, há declínio cognitivo leve (que não necessariamente significa demência) e, em casos mais avançados, dificuldade de compreensão e colaboração aos procedimentos.

A limitação de amplitude articular e dores crónicas traduzem-se em adaptação na ergonomia da consulta, evitando posições que exijam hiperextensão cervical. O médico

dentista deve adequar instruções e orientações a eventuais problemas sensoriais ou cognitivos, usando linguagem clara, repetição de informações e, quando possível, auxílio de familiares/cuidadores (Thompson L. et al., 2023).

2.2.2 Problemas orais prevalentes em idosos

Designa-se fragilidade oral como um conjunto de alterações relacionadas à idade que acarretam perda gradual da função oral (mastigação, deglutição, força de mordida, etc.) e que se podem associar, também, a prejuízos nas funções física e cognitiva (Dibello V. et al., 2021).

A Fragilidade Oral representa a diminuição da função oral associada ao envelhecimento, através de um conjunto de fenómenos e processos que levam à perda de funções orais (número de dentes, higiene, capacidade mastigatória, pressão da língua, etc.) e ao declínio concomitante das habilidades físicas (força muscular, velocidade de marcha), cognitivas (memória, funções executivas) e redução da interação social (isolamento, dificuldades de comunicação) (Zhao H. et al., 2024).

Alterações do envelhecimento específicas para a Saúde Oral incluem:

- **Alterações no Periodonto:** A diminuição do fluxo salivar e a menor capacidade de regeneração dos tecidos podem exacerbar o risco de cáries radiculares e doença periodontal. Alguns idosos podem enfrentar limitações motoras que dificultam a higiene oral, incrementando a colonização bacteriana (Thompson L. et al., 2023).
- **Função Salivar:** Com a idade, a produção salivar pode diminuir, sobretudo com polimedicação. A xerostomia (sensação de boca seca) é frequente e influencia a formação de biofilme e propensão a cáries (Thompson L. et al., 2023).
- **Comorbidades Sistémicas:** Hipertensão, diabetes, e doenças cardiovasculares aumentam o risco de complicações em tratamentos dentários, podendo exigir profilaxia antibiótica ou monitorização mais criteriosa da tensão arterial (Thompson L. et al., 2023).

A Gerociência ressalta a relação entre os mecanismos do envelhecimento (p. ex., inflamação crónica, senescência celular) e o risco aumentado de doenças crónicas. Estes mecanismos podem influenciar diversas condições orais, tais como:

- Doenças periodontais: Alguns estudos apontam para o potencial de fármacos moduladores do envelhecimento, como a rapamicina, em retardar ou reverter a inflamação periodontal, restaurando a microbiota e a saúde dos tecidos de suporte dos dentes (Weintraub J. A. et al., 2023).
- Cancro oral: O risco de cancro oral é crescente em faixas etárias mais avançadas; processos de “imunossenescência” e “*inflammaging*” (inflamação crónica de baixo grau associada ao envelhecimento) podem propiciar o ambiente para surgimento e progressão tumoral (Weintraub J. A. et al., 2023).
- Doença de Alzheimer: Resultados recentes sugerem possíveis interligações entre a periodontite crónica (especialmente infeções por *Porphyromonas gingivalis*) e a progressão de Alzheimer, indicando que a microbiota oral ou produtos microbianos podem ser “fatores iniciais” na patogénese da demência (Weintraub J. A. et al., 2023).

A modulação ou desaceleração dos processos celulares de envelhecimento pode reduzir o risco simultâneo de múltiplas doenças orais e sistémicas em idosos, o que destaca a necessidade de novas abordagens preventivas e terapêuticas integradas (Weintraub J. A. et al., 2023).

O envelhecimento está associado à redução da resposta imunológica, o que contribui para doenças periodontais. O conceito de “*inflammaging*” (inflamação crónica de baixo grau associada ao envelhecimento) tem impactado no metabolismo ósseo e periodontal. Idosos com periodontite apresentam níveis elevados de anticorpos contra *Porphyromonas gingivalis* e uma redução na capacidade de resposta imunológica. Doenças periodontais em idosos podem agravar condições sistémicas como diabetes, doenças cardiovasculares e até pneumonia por aspiração (Kanasi E. et al., 2016).

Identificar precocemente a redução do número de dentes, a força mastigatória e outras alterações orais pode ajudar a rastrear o risco de fragilidade, oferecendo uma janela de oportunidade para intervenções preventivas (reabilitação protética, otimização nutricional, exercícios de reabilitação orofacial, etc.). Há necessidade de integrar a avaliação médico dentária nos protocolos de cuidados a idosos, particularmente naqueles

com risco de fragilidade ou já classificados como “pré-frágeis,” pois melhorias na saúde oral podem repercutir positivamente na independência funcional e na qualidade de vida (Dibello V. et al., 2021).

A fragilidade oral envolve estruturas (osso alveolar, dentes, mucosa) e funções (mastigatória, deglutição, articulação da fala), bem como fatores psicossociais (interação, autopercepção, depressão). A identificação e acompanhamento da fragilidade oral podem orientar estratégias de reabilitação protética, terapia nutricional e intervenções preventivas. Tais medidas são críticas para retardar a progressão da fragilidade sistêmica e garantir maior qualidade de vida a idosos (Zhao H. et al., 2024).

Numa população mais envelhecida, a solidão é prevalente e pode ter impacto direto no estado nutricional, na adesão a cuidados de saúde e na manutenção da higiene oral (Weintraub J. A. et al., 2023).

Quanto às considerações clínicas, recomenda-se anamnese detalhada, com ênfase em história medicamentosa e comorbilidades, monitorizando sinais vitais e níveis de stress do paciente. Ajustes na cadeira do médico dentista podem ser necessários, pausas mais frequentes, monitorização contínua (oximetria) e suporte adicional para pacientes com restrição de movimento ou risco de hipotensão ortostática. Em casos complexos (por ex., diabéticos graves ou com insuficiência renal), a colaboração com o médico geriatra e/ou outras especialidades é fundamental para evitar complicações sistêmicas. É de suma importância instruções de higiene oral adaptadas para idosos com alterações sensoriais ou cognitivas, bem como orientações à família e cuidadores sobre uso de escovas especiais, fio dentário modificado ou soluções antimicrobianas. A manutenção de protocolos preventivos (limpezas regulares, avaliação da mucosa, manutenção periodontal, etc.) pode prevenir o avanço de patologias orais num cenário onde a capacidade de cicatrização é menor e a inflamação é mais persistente (Thompson L. et al., 2023).



Figura 5 - Idoso, com poucos dentes, dificuldade em mastigar e engolir, apresentando declínio na função oral e esfera social (fonte: foto gentilmente cedida pela Dr^a Ana Cristina Benoliel, CRO-RJ nº 16.518).



Figura 6 - Idoso sem prejuízos de função oral ou declínio físico e/ou cognitivo, mantendo boa condição oral e interação social ativa (fonte: foto gentilmente cedida pela Dr^a Ana Cristina Benoliel, CRO-RJ nº 16.518).

2.2.3 Polifarmácia e Doenças Sistêmicas

A polifarmácia é descrita como a prescrição contínua de vários medicamentos para um mesmo paciente. Embora não haja consenso universal quanto ao número exato que define polifarmácia, é comum adotar-se o critério de cinco ou mais fármacos usados regularmente. O termo “hiperpolifarmácia” é caracterizado pelo uso de dez ou mais medicamentos, indicando uma complexidade ainda maior no regime terapêutico. Notar que a polifarmácia nem sempre é nociva; ela pode ser necessária em situações de multimorbilidade. O problema surge quando essa prática expõe o idoso a fármacos potencialmente inapropriados, interações medicamentosas e maior probabilidade de reações adversas (Dovjak P., 2022).

O uso simultâneo de múltiplos medicamentos (Polifarmácia) constitui uma questão crítica na população idosa, devido à acumulação de patologias crônicas, mudanças fisiológicas próprias do envelhecimento e maior suscetibilidade a efeitos adversos (Mortazavi S. S. et al., 2016).

Wang Z. et al, numa Revisão Sistemática e Meta-análise em 2024, concluíram que a polifarmácia é bastante frequente na população idosa e está associada a alguns desfechos clínicos adversos, além de aumentar os encargos para os sistemas de saúde. Eles também concluíram que a prevalência global de polifarmácia foi de 39,1%, e que a prevalência global de hiperpolifarmácia (definida pela utilização de dez ou mais fármacos) foi de

13,3%. Observaram também que a prevalência de polifarmácia é significativamente maior em indivíduos com idade igual ou superior a 70 anos, em regiões mais desenvolvidas e em lares de idosos. Sendo assim, é fundamental reunir esforços para evitar a polifarmácia inadequada neste grupo populacional, de modo a enfrentar o impacto crescente na população e nos governos.

Ainda que polifarmácia possa ser benéfica em certos contextos (por exemplo, controle de múltiplas doenças crônicas), o seu uso excessivo relaciona-se a diversos riscos:

- Aumento de efeitos adversos medicamentosos, incluindo interações entre fármacos ou mesmo interações droga–doença;
- Maior probabilidade de quedas, diminuição da cognição, depressão e redução da funcionalidade;
- Possível prolongamento do período de internamento hospitalar e maior mortalidade, especialmente em indivíduos frágeis ou idosos.

Estudos epidemiológicos confirmam taxas significativas de medicação potencialmente inapropriada em idosos, tanto em ambiente domiciliar quanto em instituições de longa permanência. Além disso, a diminuição da reserva fisiológica típica do envelhecimento agrava o risco de complicações e efeitos adversos associados (Dovjak P., 2022).

Segundo dados recolhidos do EpiDoc Cohort (2018), a prevalência de multimorbilidade nos idosos em Portugal foi de 78,3%. As doenças crônicas mais prevalentes foram a hipertensão arterial (53,3%), doenças reumáticas (51,9%), hipercolesterolemia (49,4%) e diabetes (22,7%). Os sintomas de depressão (11,8%) foram frequentes, aumentando ao longo dos grupos etários. Cerca de 66,6% dos idosos são fisicamente inativos. A elevada prevalência de multimorbilidade combinada com estilos de vida pouco saudáveis sugere que a população idosa constitui um grupo vulnerável que requer uma intervenção específica (Rodrigues et al., 2018).

A cascata medicamentosa ocorre quando um evento adverso decorrente de um remédio é interpretado como uma nova condição clínica, resultando na prescrição de mais um fármaco. Antes de tratar um sintoma novo, o profissional deve investigar se esse sintoma pode ser um efeito colateral de algum medicamento em uso (Dovjak P., 2022).

A polifarmácia em idosos emerge como uma realidade de risco, mas nem sempre negativa, pois certos casos exigem múltiplos fármacos para controlar adequadamente comorbidades. O centro do problema é assegurar que cada prescrição seja realmente indicada, equilibrando riscos e benefícios (Dovjak P., 2022).

2.2.4 Impactos na Mastigação, Deglutição, Nutrição e Fonética

A saúde oral deve ser compreendida como um componente essencial da saúde geral, especialmente em populações geriátricas, cuja vulnerabilidade é acentuada por alterações fisiológicas, psicológicas e sociais inerentes ao processo de envelhecimento. Nesta faixa etária há elevada prevalência de cárie dentária, doenças periodontais moderadas a graves, edentulismo frequente, xerostomia e aumento da incidência de cancro oral. Esses problemas não só comprometem a função mastigatória e a deglutição, como também contribuem para deficiências nutricionais e repercussões negativas na OHRQoL, que por sua vez está fortemente correlacionada à qualidade de vida geral (HRQoL – Health Related Quality of Life). (Gil-Montoya J. et al., 2015).

A desnutrição pode afetar significativamente a saúde oral, e uma má saúde oral, por sua vez, pode resultar em desnutrição. Esta relação de co-dependência baseia-se, portanto, no princípio de que um bom estado nutricional promove uma boa saúde oral, e vice-versa. Uma dieta pobre em nutrientes pode conduzir à progressão de doenças na cavidade oral, através da alteração da homeostase tecidual, da redução da resistência ao biofilme microbiano e da diminuição da capacidade de cicatrização dos tecidos (Rahman N. et al., 2020).

Segundo Ko C. et al, num estudo de 2024, que investigou a prevalência da disfunção da deglutição em residentes de instituições de cuidados prolongados em Taiwan, numa amostra de 373 indivíduos com idade média de 82,8 anos, 26% dos participantes apresentavam algum grau de disfunção de deglutição, sendo esta potencialmente associada à fragilidade física, deficiências nutricionais e piores índices de saúde oral. Os resultados demonstraram que os residentes com disfunção de deglutição tinham índices de massa corporal mais baixos, estado nutricional significativamente pior, força manual reduzida, menor circunferência da perna, e pior saúde oral. A fraqueza muscular oral foi particularmente evidente, manifestando-se em menor pressão da língua, dificuldade em

insuflar as bochechas, e menor desempenho nos testes fonéticos e de deglutição de saliva. A análise por regressão logística mostrou que a fragilidade foi o fator mais fortemente associado à disfunção de deglutição, seguida da saúde oral deficiente e do estado nutricional comprometido. Destacou-se ainda a importância da função das bochechas, sendo a capacidade de insuflar as bochechas o preditor mais forte de disfunção de deglutição entre os fatores musculares orais.

Outro achado relevante foi a associação direta entre a força de preensão manual, um marcador amplamente reconhecido de fragilidade, e a disfunção de deglutição, mesmo após controlar os efeitos da fraqueza muscular oral. Este dado reforça a relação entre sarcopenia generalizada e declínio funcional na fase oral da deglutição, sustentando o conceito emergente de fragilidade oral, em que a perda de função muscular orofacial se associa a défices nutricionais, dificuldades na deglutição e fragilidade sistêmica (Ko C. et al., 2024).

A perda dentária tem repercussões significativas na saúde e no bem-estar, pois os idosos tendem a evitar alimentos fibrosos, como frutas e vegetais, comprometendo a nutrição. Adicionalmente, a ausência de dentes ou a presença de patologias orais pode gerar dor, dificuldade na fala e problemas de autoestima e integração social (Raphael C., 2017).

A mastigação ineficaz, decorrente de perda dentária, próteses mal adaptadas ou dor oral, pode levar a uma ingestão alimentar desequilibrada, favorecendo dietas pobres em fibras, proteínas e micronutrientes, e ricas em açúcares e gorduras, o que contribui para o agravamento de comorbidades, como doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e síndromes metabólicas. Observa-se ainda que pacientes com menos de 20 dentes funcionais tendem a reduzir o consumo de frutas, vegetais e carnes, preferindo alimentos de fácil mastigação, muitas vezes pobres em valor nutricional (Gil-Montoya J. et al., 2015).

Deficiências nutricionais podem repercutir-se no sistema imunológico, na saúde óssea, no controlo de doenças crónicas, sendo necessárias medidas preventivas. As limitações na mastigação levam muitos idosos a selecionar alimentos mais moles ou de fácil mastigação, muitas vezes mais ricos em açúcares e gorduras, em detrimento de frutas, hortaliças e carnes magras. No caso de problemas de deglutição, há tendência para dietas

de textura modificada (passadas ou mais espessas), que por vezes são menos apetecíveis e igualmente deficitárias em certos nutrientes (Mann T. et al., 2013).

Em relação ao papel da saliva na saúde oral, a presença de xerostomia (sensação de boca seca), muitas vezes induzida por polimedicação, afeta negativamente a deglutição, aumenta a predisposição à cárie radicular e compromete o conforto durante a alimentação e a fala. No caso do edentulismo, a não reposição dentária adequada compromete ainda mais o processo de mastigação dos alimentos e pode levar a deficiências nutricionais severas, além de impactar psicossocialmente o indivíduo, pela limitação das interações sociais e pela queda na autoestima (Gil-Montoya J. et al., 2015).

Há necessidade de intervenções específicas que visem ajustar a dieta e suplementação em idosos com problemas orais, de modo a garantir variedade e densidade nutricional. Deve-se salientar a importância de avaliações regulares por equipas multidisciplinares (médicos, médicos dentistas, nutricionistas, entre outros) para rastrear disfunções de mastigação e deglutição, corrigir hábitos alimentares e prevenir complicações associadas ao estado nutricional inadequado em faixas etárias avançadas (Mann T. et al., 2013).

É de suma importância a interrelação entre saúde oral, função muscular orofacial, nutrição e fragilidade em idosos, destacando-se a importância de abordagens integradas com ênfase na prevenção, para garantir qualidade de vida e segurança alimentar nesta população vulnerável (Ko C. et al., 2024).

2.2.5 Impacto da Saúde Oral nas funções cognitivas

A deterioração da memória e de outras funções cognitivas tem sido rotineiramente associada ao processo de envelhecimento. É importante diferenciar o Déficit Cognitivo Ligeiro (DLC) da Demência. O DLC é tido como um estágio intermédio entre a cognição normal e a demência, com a preservação das habilidades funcionais essenciais. Pode envolver problemas de memória, linguagem, atenção, processamento de informações espaciais e visuais, funções do pensamento complexo ou problemas combinados. No DLC os problemas têm menor gravidade do que os encontrados no diagnóstico de demência. Esta abarca um grupo maior de doenças que causam um declínio progressivo como perda de memória, alterações no campo das emoções e competências sociais. É

importante ressaltar que tanto DLC como a demência não fazem parte dos processos normativos do envelhecimento. Assim, nem todas as pessoas idosas desenvolverão estes quadros. (Envelhecimento e Saúde: caracterização da saúde da população idosa em Portugal / Santos et al, 2022).

A mastigação é uma função oral indispensável, relacionada com a saúde física, mental e social ao longo da vida. Os idosos tendem a apresentar disfunção mastigatória devido à perda dentária e à fragilidade dos músculos mastigatórios com o envelhecimento, o que pode resultar num comprometimento da função cognitiva (Fukushima-Nakayama Y. et al., 2017).

A mastigação ativa desempenha um papel crucial na manutenção da memória e da aprendizagem. A perda da função mastigatória pode acelerar o declínio cognitivo e aumentar o risco de demência. A mastigação reduz o stress, modula o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e protege o hipocampo contra a neurodegeneração. Restaurar a função mastigatória com próteses ou implantes pode ajudar na reabilitação cognitiva em idosos (Ono Y. et al., 2010).

A mastigação não é apenas essencial para a ingestão de alimentos, mas também desempenha um papel crucial na manutenção das funções cognitivas do hipocampo. A perda da função mastigatória está associada a déficits de memória espacial e aprendizagem, especialmente em idosos. A redução da mastigação está ligada ao declínio cognitivo e à progressão da demência. Estimular a mastigação em idosos pode ajudar a preservar a função cognitiva e retardar o declínio relacionado à idade. O ato de mastigar pode melhorar a resiliência ao stress, protegendo contra danos causados pelo stress crónico no hipocampo. A restauração da função mastigatória com próteses dentárias pode ter efeitos positivos na cognição e na memória (Chen H. et al., 2015).

A mastigação é um processo que envolve circuitos neurais complexos, conectando:

- O sistema trigeminal ao hipocampo (essencial para memória e aprendizagem)
- O córtex pré-frontal, responsável pelo planeamento e tomada de decisões.

Foram identificados dois caminhos principais:

- Via neuronal: Sinais sensoriais da cavidade oral ativam o núcleo trigeminal, que estimula o hipocampo e o córtex pré-frontal.
- Via humoral: A mastigação aumenta a libertação de fatores de crescimento neuronal, essenciais para plasticidade sináptica e neurogênese.

A redução da função mastigatória leva a déficits de memória espacial e aprendizagem (Krishnamoorthy G. et al., 2018).

A transição demográfica, com aumento da longevidade e mudança nos perfis de mortalidade e natalidade, implica um maior número de pessoas idosas, gerando consequente aumento de problemas de saúde oral. A deterioração cognitiva em síndromes como a demência traz desafios adicionais: indivíduos com défices de memória e de coordenação motora tendem a negligenciar cuidados diários de higiene oral, apresentando maior risco de cáries, doença periodontal e outras condições (Lauritano D. et al., 2019).

Características da Saúde Oral em Idosos com e sem Demência:

- Cárie e cárie radicular: Em geral, as pessoas com demência apresentam maior prevalência de cáries e raízes retidas do que os idosos sem declínio cognitivo. A dificuldade na higiene oral e a resistência a cuidados orais por parte de cuidadores podem explicar esta maior taxa de lesões (Lauritano D. et al., 2019).
- Doença periodontal: Indivíduos com demência tendem a exibir mais inflamação gengival (ex. índice de sangramento) e periodontite (Lauritano D. et al., 2019).
- Próteses e edentulismo: Taxas de edentulismo são elevadas em ambos os grupos, mas o uso efetivo de próteses mostrou uma certa variabilidade. Idosos em estágios avançados de demência podem recusar ou não tolerar dispositivos protéticos (Lauritano D. et al., 2019).
- Higiene oral e mucosa: Higiene deficiente (acumulação de placa) e maiores alterações na mucosa, como candidíase, estomatite protética e queilite angular são frequentes no grupo com demência, reflexo de cuidados insuficientes e maior fragilidade (Lauritano D. et al., 2019).

A fragilidade oral pode ser entendida como o declínio progressivo da função oral, coincidindo com reduções nas capacidades física e cognitiva do idoso. A mastigação ineficaz, a disfagia, a perda dentária e alterações na microbiota oral podem repercutir negativamente na ingestão alimentar, no estado nutricional e, potencialmente, na

evolução de transtornos neurodegenerativos, como a doença de Alzheimer (Dibello V. et al., 2021).

A ligação da fragilidade oral com a doença de Alzheimer sustenta-se em diversos mecanismos:

- Perda dentária e Doença Periodontal: A periodontite crónica, frequentemente causada por *Porphyromonas gingivalis* e outras bactérias, pode resultar em perda dentária, reduzindo a capacidade mastigatória. A perda de dentes está associada ao aumento do risco de demência e doença de Alzheimer, possivelmente devido à pior nutrição, menor fluxo sanguíneo cerebral e/ou maior carga inflamatória (Dibello V. et al., 2021).
- Inflamação Sistémica e Eixo Microbiota-cérebro: A periodontite induz inflamação sistémica e bactérias ou os seus produtos (como lipopolissacarídeos) podem atingir o sistema nervoso central pela via hematogénica ou pelos nervos cranianos. A inflamação crónica estimula a deposição de proteínas beta-amiloide e TAU, acelerando a neuropatologia típica da doença de Alzheimer (Dibello V. et al., 2021).
- Microbioma Oral: Desequilíbrios no microbioma oral, como por exemplo por um crescimento de patógenos como *P. Gingivalis*, podem desempenhar um papel no eixo microbiota-intestino-cérebro, afetando a homeostase cerebral. A infecção crónica por *P. Gingivalis* eleva a produção de amiloide-beta, inflamação e danos neuronais, sugerindo potencial aceleração da neurodegeneração (Dibello V. et al., 2021).

Identificar precocemente alterações como, por exemplo, pouca força de mordida, xerostomia, disfagia, pode evitar o agravamento da fragilidade e perdas nutricionais. O médico dentista deve ter um papel ativo no rastreio da fragilidade e do risco de demência, considerando que a contagem de dentes e a qualidade das próteses são marcadores rápidos da condição de saúde geral. Os cuidados preventivos na Medicina Dentária e o manejo precoce de periodontites podem contribuir para controlar processos inflamatórios sistémicos, reduzindo potencialmente o impacto de tais processos na fisiopatologia da doença de Alzheimer. Em suma, manter uma boa saúde oral ao longo da vida, através de prevenção e tratamentos específicos como boa higiene oral, controle de periodontites, reabilitação oral protética e reeducação alimentar, pode impactar positivamente tanto na qualidade de vida quanto no estado cognitivo de idosos, auxiliando na prevenção ou no

abrandamento de quadros de fragilidade e doenças neurodegenerativas, como o Alzheimer (Dibello V. et al., 2021).

Quanto ao estilo de vida, conclui-se que o estilo de vida sedentário e problemas de mastigação estão associados a um maior risco de declínio cognitivo. A redução da função mastigatória altera a morfologia dos astrócitos, células cerebrais que desempenham um papel importante na plasticidade sináptica e na memória. A mastigação estimula o hipocampo, região responsável pela memória e aprendizagem. A reabilitação oral e a consequente reabilitação mastigatória podem reverter parcialmente estes défices cognitivos (Mendes F. C. C. S. et al., 2022).

A dureza dos alimentos influencia a função cerebral e o comportamento. Dietas ricas em alimentos duros estão associadas a melhor desempenho cognitivo e ativação cerebral. Dietas predominantemente macias podem aumentar a vulnerabilidade ao declínio cognitivo. A mastigação ativa pode ser um fator neuroprotetor, ajudando na manutenção da memória e função cerebral. Deve-se incluir alimentos mais duros na dieta para promover benefícios à cognição e à saúde cerebral (Al-Manei K. et al., 2023).

2.3 Relação entre Saúde Oral e Qualidade de Vida: OHRQoL

A OMS define saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. Historicamente, a medicina dentária tem-se focado na ausência de doenças, sem considerar o impacto dos problemas bucais na vida dos pacientes. O conceito de OHRQoL surge como uma forma de integrar a saúde oral ao bem-estar geral, reconhecendo que problemas orais podem afetar a autoestima, a integração social, o sono e a alimentação (Bennadi D. et al., 2013).

OHRQoL é um componente da qualidade de vida relacionada à saúde (HRQoL), e mede o impacto das doenças orais e intervenções médico-dentárias na vida dos pacientes. Baseia-se no modelo bio-psico-social de saúde, que considera não apenas fatores físicos, mas também psicológicos e sociais. É um dos principais indicadores de saúde pública em Medicina dentária. O objetivo dos cuidados médico-dentários deve ser melhorar a OHRQoL, reduzindo os efeitos negativos das doenças orais. Para a sua medição utiliza-se questionários de autoavaliação do paciente. As respostas são convertidas em valores

numéricos, representando a gravidade do impacto na qualidade de vida. O modelo mais utilizado é o Oral Health Impact Profile (OHIP), que avalia os impactos físicos, psicológicos e sociais das doenças orais (John M. T., 2021).

O conceito de qualidade de vida relacionada à saúde (HRQoL) surgiu na década de 1960. Nos anos 1980 há o início da discussão sobre o impacto das doenças orais na qualidade de vida. No final dos anos 90 e início do ano 2000 há o desenvolvimento de instrumentos padronizados para medir OHRQoL. Atualmente a OHRQoL é usada para avaliar não apenas o estado clínico do paciente, mas também o impacto psicológico e social da saúde oral (Bennadi D. et al., 2013).

Os questionários mais comuns incluem:

- Oral Health Impact Profile (OHIP), que mede impacto funcional, dor, limitação psicológica e incapacidade social;
- General Oral Health Assessment Index (GOHAI), que avalia aspectos funcionais e emocionais da saúde oral;
- Oral Impacts on Daily Performance (OIDP), que mede o impacto das condições orais nas atividades diárias, como comer, falar e interações sociais. (Bennadi D. et al., 2013).

A saúde oral impacta diretamente a qualidade de vida dos idosos, especialmente no que diz respeito ao desconforto psicológico e à funcionalidade mastigatória. A perda dentária ao longo do tempo foi o fator mais fortemente associado à piora da OHRQoL. Ampliar o acesso a tratamentos médico dentários e reabilitações protéticas pode melhorar a qualidade da saúde oral da população idosa. Políticas públicas devem-se focar na prevenção e tratamento das doenças orais para minimizar os impactos negativos na saúde e no bem-estar dos mais velhos (Echevernia M. et al., 2019).

Muitas condições orais afetam primeiramente a função oral, a dor ou a aparência, mas têm um impacto indireto na saúde mental e social. Tratamentos médico dentários devem considerar não apenas a função, mas também o impacto emocional do paciente (John M. T. et al., 2016).

Os principais fatores associados à OHRQoL são:

- **Função oral:** Problemas mastigatórios e de fala impactam diretamente a qualidade de vida. Perda dentária, cáries e doenças gengivais são as principais causas de impacto negativo.
- **Dor e desconforto:** A dor oral pode causar distúrbios do sono, dificuldades na alimentação e absentismo profissional. Cáries não tratadas e doenças periodontais são as principais fontes de dor crónica na população.
- **Aspectos psicológicos e sociais:** A aparência oral afeta a autoestima e as interações sociais. Problemas como desalinhamento dentário e perda dentária impactam a autopercepção. A ansiedade perante o tratamento médico dentário pode afetar o comportamento do paciente, levando-os a evitá-los.
- **Impacto da reabilitação oral na OHRQoL:** Tratamentos como implantes dentários, próteses e ortodontia melhoram significativamente a qualidade de vida dos pacientes. Pacientes submetidos a tratamentos restauradores relatam maior satisfação com sua aparência e função bucal (Bennadi D. et al., 2013).

OHRQoL é um conceito fundamental para a medicina dentária moderna, ajudando a compreender o impacto das doenças orais no bem-estar geral. A dor, a função oral e a aparência afetam significativamente a qualidade de vida dos indivíduos. Os questionários padronizados, como o OHIP, são as melhores ferramentas para avaliar a OHRQoL de forma objetiva. A Medicina dentária deve focar não apenas no tratamento da doença, mas também na melhoria da percepção do paciente sobre sua saúde oral (Bennadi D. et al., 2013).

O OHIP foi originalmente desenvolvido com sete domínios baseados no modelo de Locker (1998). Estudos recentes demonstram que essa estrutura poderia ser substituída com segurança por um modelo mais simples e clinicamente relevante com quatro dimensões: função oral, dor orofacial, aparência orofacial e impacto psicossocial. O OHIP-5 contém um item para cada uma das quatro dimensões da OHRQoL. Este modelo retém 90% da informação contida no OHIP-49, tornando-se o candidato ideal para uso clínico e académico. O modelo de quatro dimensões oferece uma abordagem mais clara e útil para entender o impacto da saúde bucal na vida dos pacientes (John MT. et al., 2022).

3. Reabilitação Oral

3.1 Definição

A reabilitação oral pode ser definida como o conjunto de procedimentos clínicos destinados a restaurar a função mastigatória, fonética e estética da cavidade oral, comprometidas por perdas dentárias, doenças periodontais, alterações estruturais ou envelhecimento natural. Este processo visa a reintegração da saúde oral e a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, reconhecendo a interdependência entre os aspectos funcionais, estéticos e psicológicos da saúde oral (Pjetursson et al., 2015).



Figura 7 – R.O. prótese total convencional na arcada superior e prótese tipo protocolo na arcada inferior: antes x depois (fonte: foto gentilmente cedida pela Dr^a Ana Cristina Benoliel, CRO-RJ nº 16.518).

As técnicas de reabilitação oral englobam diversas abordagens, classificáveis em reabilitações parciais, totais, fixas ou removíveis. As próteses fixas, como coroas e pontes, são indicadas para perdas dentárias isoladas ou múltiplas, enquanto as próteses removíveis, parciais ou totais, são utilizadas em casos de edentulismo parcial extenso ou total. A implantologia tem assumido um papel de crescente importância, permitindo a substituição de dentes ausentes através da instalação de implantes osteointegrados, proporcionando maior conforto e funcionalidade aos pacientes (Misch, 2015).



Figura 8 – R.O. com coroas unitárias e próteses removíveis esqueléticas: antes x depois (fonte: foto gentilmente cedida pela Dr^a Ana Cristina Benoliel, CRO-RJ nº 16.518).

Os procedimentos de reabilitação oral iniciam-se com uma avaliação clínica minuciosa, complementada por exames imaginológicos e análise oclusal. Posteriormente, é elaborado um plano de tratamento individualizado, o qual pode incluir terapias periodontais, endodônticas, ortodônticas, cirúrgicas, restauradoras e protéticas. A seleção da técnica e do material restaurador depende de múltiplos fatores, como a condição sistêmica do paciente, a quantidade de estrutura dentária remanescente e as exigências estéticas. A coordenação interdisciplinar revela-se fundamental para o sucesso da reabilitação, integrando especialistas de diversas áreas da Medicina Dentária (Pjetursson et al., 2015).

No âmbito estético dos procedimentos reabilitadores, o principal objetivo consiste em reconstruir dentes com proporções agradáveis, tanto para o próprio paciente como no seu contexto social, assegurando um sorriso harmonioso com os tecidos gengivais, os lábios e o conjunto da face. Para alcançar essa harmonia, recorre-se a referências horizontais, verticais, sagitais e fonéticas, bem como a princípios de perspectiva, proporção e simetria. As estruturas faciais e periorais funcionam como guias fundamentais na reconstituição da estética dentofacial original (Miyashita et al., 2014).



Figura 9 – R.O. com coroas unitárias: antes x depois (fonte: foto gentilmente cedida pela Dr^a Ana Cristina Benoliel, CRO-RJ nº 16.518).

Para atingir este objetivo, faz-se necessário uma avaliação prévia da posição que as futuras restaurações ou próteses deverão ocupar. Técnicas como o enceramento diagnóstico e a análise fotográfica, com ou sem o auxílio de ferramentas digitais, são recursos úteis na simulação dos resultados. Os testes com *mock-up*, permitem uma avaliação mais precisa do resultado estético final. Com base nessa avaliação, as alterações sugeridas durante o ensaio podem ser implementadas de forma segura e controlada, minimizando o risco de insatisfação tanto por parte do profissional como, sobretudo, do paciente (Miyashita et al., 2014)



Figura 10 – Enceramento diagnóstico analógico (fonte: foto gentilmente cedida pela Dr^a Ana Cristina Benoliel, CRO-RJ nº 16.518).

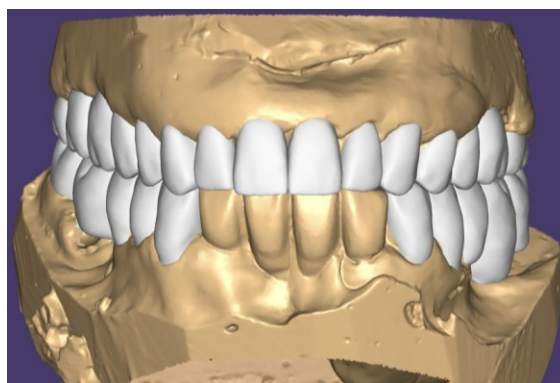


Figura 11 – Enceramento diagnóstico digital (fonte: foto gentilmente cedida pela Dr^a Ana Cristina Benoliel, CRO-RJ nº 16.518).



Figura 12 – Silicone para Mock up (fonte: foto gentilmente cedida pela Dr^a Ana Cristina Benoliel, CRO-RJ nº 16.518).

Ainda no campo da estética, é indispensável uma integração equilibrada entre os tecidos duros e os tecidos moles para se alcançar um resultado satisfatório. No que diz respeito à avaliação dos tecidos moles, a presença de um contorno gengival saudável e simétrico assume um papel fundamental na obtenção de uma estética harmoniosa (Miyashita et al., 2014).



Figura 13 – Reabilitação oral: provisórias de laboratório (fonte: foto gentilmente cedida pela Dr^a Ana Cristina Benoliel, CRO-RJ nº 16.518).

O envelhecimento populacional impõe desafios acrescidos à reabilitação oral, uma vez que a prevalência elevada de patologias sistêmicas, como a *diabetes mellitus* e as doenças cardiovasculares, podem comprometer o prognóstico dos tratamentos. Assim, é imprescindível uma abordagem holística do paciente idoso, que considere o indivíduo em sua totalidade (corpo, mente e contexto social), respeitando as suas limitações biológicas e necessidades psicológicas, visando promover uma reabilitação funcional e emocionalmente satisfatória (Gomes-Filho et al., 2020).

3.2 Técnicas e Procedimentos em Reabilitação Oral

a) Restaurações diretas em resina composta

As restaurações diretas em resina composta são amplamente utilizadas na prática clínica devido à sua capacidade de restaurar a função e a estética dentária de forma conservadora. Estas restaurações permitem a reconstrução imediata de dentes afetados por cárie, fraturas

ou desgaste, preservando a estrutura dentária remanescente e proporcionando resultados estéticos satisfatórios (Ansari et al., 2023).

A técnica direta envolve a aplicação intraoral de resina composta, moldando-a diretamente na cavidade preparada, seguida de fotopolimerização. Esta abordagem oferece vantagens como menor tempo clínico, custo reduzido e possibilidade de reparações simples, sendo particularmente indicada para lesões de pequena a média extensão (Von Gehren et al., 2023).

A longevidade das restaurações diretas em resina composta está relacionada com diversos fatores, incluindo a seleção adequada do material, técnicas de adesão eficazes e manutenção oral por parte do paciente. Estudos demonstram que, quando bem executadas, estas restaurações apresentam taxas de sucesso comparáveis às de materiais tradicionais, como a amálgama, especialmente em dentes posteriores (Ansari et al., 2023).

Em populações envelhecidas, as restaurações diretas em resina composta oferecem benefícios adicionais, como menor necessidade de desgaste dentário e melhor adaptação às alterações anatômicas decorrentes do envelhecimento. Além disso, a estética proporcionada por estas restaurações pode contribuir positivamente para a autoestima e qualidade de vida dos pacientes idosos (Alakkad et al., 2023).

b) Próteses fixas sobre dentes:

- **Facetas**

As facetas de porcelana são restaurações cerâmicas finas, cimentadas na superfície vestibular dos dentes, com o objetivo de melhorar a estética dentária, corrigindo descolorações, desgastes, fraturas ou malformações. Estas restaurações conservadoras preservam a estrutura dentária e oferecem resultados estéticos superiores, sendo uma opção de eleição em reabilitações estéticas (Perrone, 2025).

A longevidade das facetas de porcelana está associada a diversos fatores, incluindo a técnica de preparação dentária, o tipo de cerâmica utilizada e os hábitos do paciente. Estudos indicam que facetas de cerâmica apresentam taxas de sobrevivência superiores a 90% após 10 anos de acompanhamento clínico, especialmente quando cimentadas em esmalte e em pacientes sem hábitos parafuncionais como o bruxismo (Perrone, 2025; Alqutaibi A. et al., 2024).

É essencial uma avaliação criteriosa da saúde periodontal e da estrutura dentária remanescente antes da colocação de facetas em pacientes idosos. A presença de doenças periodontais ativas, cáries extensas ou esmalte insuficiente pode contraindicar este tipo de reabilitação. Além disso, a manutenção de uma higiene oral rigorosa e visitas regulares ao médico dentista são fundamentais para garantir a longevidade das facetas (Perrone, 2025).

- **Próteses parciais unitárias indiretas (tipo *inlay* e *onlay*)**

As próteses tipo *inlay* e *onlay* são restaurações indiretas utilizadas na reabilitação de dentes posteriores com perda estrutural moderada a extensa, constituindo uma alternativa conservadora às coroas totais. Os *inlays* são indicados quando a lesão está confinada à parte interna da coroa dentária, enquanto que os *onlays* se estendem para recobrir uma ou mais cúspides. Estas soluções permitem preservar uma maior quantidade de tecido dentário saudável, mantendo a integridade da estrutura remanescente e garantindo resultados funcionais e estéticos satisfatórios (Fan J. et al., 2021).

No contexto do envelhecimento populacional, as restaurações tipo *inlay* e *onlay* revelam-se vantajosas por exigirem menor desgaste dentário, adaptando-se melhor à morfologia alterada dos dentes envelhecidos. Estas soluções reabilitadoras têm demonstrado impacto positivo na autoestima e satisfação pessoal dos pacientes, contribuindo para uma melhor perceção da saúde oral e, por conseguinte, da qualidade de vida na terceira idade (Tzimas et al., 2021).

A seleção do material deve considerar a extensão da lesão, os requisitos funcionais e estéticos, bem como a viabilidade económica. As cerâmicas oferecem maior durabilidade e estabilidade cromática, enquanto que as resinas compostas apresentam vantagens em termos de custo e possibilidade de reparação intraoral. A decisão terapêutica deve ser individualizada, baseada na condição clínica do paciente e nas suas expectativas (Galiatsatos et al., 2022).

- **Coroas Unitárias e Múltiplas:**

As coroas dentárias, sejam unitárias ou múltiplas, desempenham um papel fundamental na reabilitação oral, contribuindo significativamente para a restauração da função mastigatória, estética e fonética. Estas próteses fixas estão indicadas em casos de perda

substancial de estrutura dentária, fraturas, desgaste severo ou após tratamentos endodônticos, proporcionando uma solução duradoura e eficaz (Ceraulo et al., 2022).



Figura 14 – Coroas unitárias (fonte: foto gentilmente cedida pela D^a Ana Cristina Benoliel, CRO-RJ nº 16.518).

A escolha entre coroas unitárias e múltiplas depende da extensão da perda dentária e das necessidades específicas de cada paciente. Coroas unitárias são utilizadas para restaurar dentes individuais, enquanto coroas múltiplas, frequentemente associadas a pontes fixas, estão indicadas quando há necessidade de substituir vários dentes adjacentes. Estudos demonstram que pacientes reabilitados com próteses fixas apresentam melhorias significativas na qualidade de vida relacionada à saúde oral, especialmente nos domínios de limitação funcional, dor física e incapacidade física (Kovacevic et al., 2025).

A avaliação cuidadosa e o planejamento individualizado são cruciais para o sucesso, a longo prazo, do tratamento protético com coroas dentárias, garantindo não apenas a funcionalidade, mas também o bem-estar geral do paciente (Yan et al., 2022).

- **Pontes fixas**

As pontes fixas são próteses dentárias utilizadas para substituir um ou mais dentes ausentes, sendo suportadas pelos dentes adjacentes. Estas estruturas restauradoras desempenham um papel crucial na reabilitação oral, contribuindo significativamente para a restauração da função mastigatória, estética e fonética. Além disso, as pontes fixas ajudam a manter a integridade da arcada dentária, prevenindo o deslocamento dos dentes remanescentes e a reabsorção óssea alveolar (Kurosaki et al., 2021).

c) Prótese Parcial Removível: Acrílica e Esquelética

As próteses parciais removíveis (PPR), sejam acrílicas ou esqueléticas, continuam a ser uma opção terapêutica amplamente utilizada na reabilitação oral de pacientes idosos desdentados parciais. Estas próteses oferecem uma solução funcional e estética, permitindo a restauração da mastigação, fonação e aparência facial, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes (Shekhawat et al., 2017).

Comparações entre PPR acrílicas e esqueléticas revelam diferenças na satisfação dos pacientes e na longevidade das próteses. As PPR esqueléticas, geralmente confeccionadas com estruturas metálicas, tendem a oferecer maior estabilidade, conforto e durabilidade em comparação com as acrílicas, que são mais suscetíveis a fraturas e desgaste. No entanto, fatores como custo e tempo de confecção podem influenciar a escolha entre os dois tipos de prótese (Murtinha, 2016).

É importante considerar que a adaptação às PPR pode variar entre os indivíduos, sendo influenciada por fatores como idade, saúde geral, expectativas do paciente e desenho da prótese. A educação do paciente sobre o uso e manutenção adequados da prótese, bem como o acompanhamento regular pelo profissional de saúde oral, são essenciais para garantir o sucesso do tratamento e a satisfação do paciente (Shekhawat et al., 2017).

d) Prótese total Convencional

O edentulismo total é um dos principais problemas de saúde oral no mundo. As principais causas do edentulismo incluem: cáries dentárias, doenças periodontais, traumas, cancro oral, condições socioeconómicas e culturais. A perda total de dentes compromete funções essenciais, como mastigação, fala e autoestima, o que impacta diretamente na qualidade de vida (Filho A. M. et al., 2022).

A reabilitação protética de indivíduos totalmente edêntulos constitui um desafio clínico relevante para o médico dentista. A ausência de dentes provoca alterações estéticas, anatómicas e funcionais que necessitam de ser reconstituídas com base em referências anatómicas remanescentes, como a articulação temporomandibular, os seus movimentos e o controlo neuromuscular dos músculos mastigatórios. O objetivo final do tratamento com prótese total, após a conclusão de todas as etapas, desde o exame clínico e as impressões até ao processamento laboratorial, é fornecer ao paciente uma prótese

funcional, capaz de restabelecer, com conforto, a estética facial, a eficácia mastigatória e a função fonética (Miyashita et al., 2014).

e) Implantologia

- **Coroas unitárias e múltiplas sobre implantes**

As coroas unitárias e múltiplas suportadas por implantes representam uma solução eficaz na reabilitação oral de pacientes idosos, proporcionando restauração funcional e estética em casos de perda dentária. Estas próteses fixas oferecem estabilidade, conforto e preservação da estrutura óssea, sendo particularmente vantajosas para indivíduos com edentulismo parcial ou mesmo total (Wang et al., 2021).

A colocação de coroas sobre implantes tem demonstrado melhorias significativas na OHRQoL dos pacientes idosos. Estudos indicam que a reabilitação com próteses implantossuportadas resulta em aumentos substanciais na satisfação do paciente, autoestima e função mastigatória, contribuindo para o bem-estar geral (Xie et al., 2023).

A longevidade das coroas implantossuportadas é elevada, com taxas de sobrevivência superiores a 90% após 10 anos de acompanhamento. No entanto, é essencial considerar fatores como a saúde sistêmica do paciente, higiene oral e manutenção periódica para garantir o sucesso a longo prazo do tratamento (Gonçalves et al., 2022).

- **Próteses totais sobre Implantes**

A reabilitação de pacientes edêntulos com próteses totais fixas suportadas por implantes instalados na região anterior do rebordo alveolar constituiu a primeira abordagem terapêutica baseada na utilização de implantes osteointegrados. Esta técnica visa conferir maior estabilidade e retenção às próteses totais, promovendo uma melhoria significativa na qualidade de vida de indivíduos anteriormente considerados funcionalmente limitados (Telles, 2014).

A Medicina Dentária tem como finalidade restabelecer a função, a estética e o conforto oral do paciente. No entanto, estes objetivos nem sempre são plenamente alcançados no contexto das próteses totais, sobretudo quando aplicadas na arcada inferior. Este tipo de reabilitação apresenta frequentemente limitações no que diz respeito à retenção e à estabilidade, especialmente em casos de pacientes com rebordos alveolares residuais

severamente reabsorvidos. O surgimento dos implantes osteointegrados permitiu ultrapassar essas dificuldades, proporcionando maior conforto, recuperação funcional e melhoria da autoestima em indivíduos portadores de próteses totais removíveis. Assim, os implantes são amplamente utilizados na reabilitação de pacientes totalmente edêntulos, contribuindo significativamente para a retenção das próteses, sejam estas fixas (protocolos) ou removíveis (sobredentaduras), por meio de diferentes sistemas de ancoragem (Miyashita et al., 2014).

f) Periodontologia

A preservação de uma dentição funcional, definida como a presença de um número mínimo de dentes naturais em condições de desempenhar funções mastigatórias e estéticas, é um fator crítico para a manutenção da qualidade de vida na velhice. A progressão da doença periodontal crônica, comum entre os idosos, contribui significativamente para a perda dentária, comprometendo a função mastigatória, a fala, a nutrição e a autoestima (Yan et al., 2022).

A reabilitação de áreas edêntulas, seja por próteses convencionais ou suportadas por implantes, proporciona ganho significativo em OHRQoL e tende a melhorar parâmetros de saúde sistêmica em pacientes afetados por periodontite (Silva et al., 2015).

A reabilitação protética em idosos deve considerar não apenas a reposição de dentes ausentes, mas também o controle da inflamação periodontal, a estabilidade oclusal e a capacidade adaptativa do paciente. Próteses mal adaptadas ou instaladas sem a resolução prévia das condições periodontais agravam o quadro inflamatório e podem precipitar novos episódios de perda dentária. A reabilitação bem-sucedida requer, portanto, uma abordagem multidisciplinar que una periodontologia, prótese e geriatria, considerando aspectos como fragilidade sistêmica, habilidades funcionais e cognição (Yan et al., 2022).

g) Ortodontia

É de imensa importância a colaboração entre ortodontistas, periodontistas e protesistas, destacando a elaboração de fases coordenadas de tratamento e protocolos clínicos, desde o controle da inflamação periodontal até a manutenção pós-tratamento ortodôntico com contenções apropriadas. A relação entre ortodontia e saúde periodontal é complexa, e o tratamento eficaz exige a integração de princípios biomecânicos com considerações

periodontais específicas. Destaca-se que o movimento dentário em pacientes com periodonto comprometido exige forças leves e planeamento cuidadoso para evitar efeitos iatrogênicos como reabsorção radicular e recessão gengival. A avaliação do biotipo gengival, do suporte ósseo e do nível de inserção é crucial (Viglianisin G. et al., 2025).

Neste contexto, o planeamento integrado entre ortodontia e prótese, para obter resultados funcionais e estéticos satisfatórios, evitando intervenções mutiladoras desnecessárias, é imperativo. A abordagem multidisciplinar se mostrou crucial para preservar dentes remanescentes, restaurar a dimensão vertical de oclusão, melhorar as condições de dentes pilares e garantir longevidade às reabilitações protéticas (Lies C. et al., 2008).

3.3 Comparação entre Próteses Totais Convencionais e Próteses Totais sobre Implantes

As próteses totais mucossuportadas melhoram a estética e a função mastigatória, mas apresentam limitações quanto ao conforto e à estabilidade. Alguns pacientes não se adaptam bem, resultando em desconforto e menor satisfação. Também pode ocorrer dificuldade na mastigação, levando a uma dieta mais restrita, afetando a nutrição do paciente. Já as próteses totais implantossuportadas oferecem melhor fixação, estabilidade e eficiência mastigatória, além de menor risco de desconforto e de lesões na mucosa oral. Em geral resultam em níveis mais altos de satisfação e qualidade de vida, além de uma melhora rápida e duradoura na autoestima (Filho A. M. et al., 2022). A Tabela 4 apresenta as principais diferenças entre as próteses totais convencionais e sobre implantes.

Tabela 4 - Comparação entre próteses totais convencionais e próteses totais sobre implantes
(fonte: adaptado de Abensur E. S. et al., (2022))

Próteses totais convencionais	Próteses totais sobre implantes
São mais acessíveis financeiramente.	O alto custo pode ser uma barreira para muitos pacientes.
Podem causar desconforto e instabilidade ao longo do tempo.	Promovem maior conforto e estabilidade.
Requerem ajustes periódicos.	Protegem contra a reabsorção óssea

O uso de próteses convencionais melhora a qualidade de vida, mas os implantes são percebidos como mais estáveis, confortáveis e naturais. Pacientes reabilitados com próteses sobre implantes apresentam maior preocupação com a estética e,

consequentemente, podem ser mais afetados psicologicamente caso o resultado não atenda às expectativas. Pacientes que optam pelos implantes relatam maior satisfação geral, mas também um nível mais alto de ansiedade e depressão antes do tratamento devido às altas expectativas estéticas. O custo dos implantes ainda é uma barreira para muitas pessoas, tornando essencial o desenvolvimento de políticas públicas para ampliar o acesso aos mesmos (Barreto J. O. et al., 2019).

A reabilitação protética, especialmente com implantes, melhora significativamente a qualidade de vida de pacientes parcialmente edêntulos. A perda dentária tem impactos negativos físicos, psicológicos e sociais, afetando a autoestima, alimentação, comunicação e interação social. O acesso limitado a implantes devido ao custo e falta de conhecimento sobre o tratamento são desafios importantes (Berniyanti T. et al., 2023).

Próteses totais implantossuportadas reduzem significativamente o impacto na OHRQoL em comparação com próteses totais convencionais (Schierz O. et al., 2021).

A reabilitação com próteses fixas implantossuportadas tem um impacto positivo duradouro na qualidade de vida dos pacientes edêntulos. As melhorias na OHRQoL permanecem estáveis com o tempo. Deve-se considerar a percepção dos pacientes ao avaliar o sucesso clínico da Reabilitação Oral (Coltro M. P. L. et al., 2022).

3.4 Barreiras ao acesso à Reabilitação Oral em Idosos

3.4.1 Barreiras Financeiras

As barreiras financeiras constituem um dos principais obstáculos ao acesso à reabilitação oral por parte da população idosa em escala mundial. Em países como os Estados Unidos, Austrália e Canadá, uma percentagem significativa de idosos evita consultar o médico dentista devido ao custo. Mesmo em nações com sistemas universais de saúde, como a Alemanha e os Países Baixos, a cobertura para tratamentos médico dentários é limitada, originando elevados encargos para os utentes e dificultando o acesso à reabilitação oral entre idosos economicamente vulneráveis (Jacobson et al., 2021).

A OMS alerta que mais de 3,5 mil milhões de pessoas vivem com doenças orais, sendo a maioria residente em países de baixo e médio rendimento. Nestes contextos, a ausência

de cobertura pública, os custos diretos elevados e a carência de profissionais especializados tornam a reabilitação oral inacessível para grande parte da população idosa, perpetuando desigualdades estruturais em saúde (World Health Organization, 2022).

Na Europa, embora alguns países ofereçam maior apoio público, as disparidades entre os sistemas de saúde resultam em diferentes níveis de acesso. Estudos demonstram que, em países como Itália, França e Suécia, as barreiras financeiras continuam a ser determinantes na procura de cuidados dentários por parte dos idosos, refletindo falhas na integração dos serviços de medicina dentária nas políticas nacionais de saúde (Allin S. et al., 2020).

Fatores como a falta de cobertura por seguros dentários, a baixa literacia em saúde oral e a perceção errada de que a deterioração oral é inevitável com o envelhecimento, reduzem a procura por reabilitação. Estas crenças contribuem para uma aceitação passiva da perda dentária e dificultam o acesso precoce a soluções terapêuticas adequadas, comprometendo a função, a estética e o bem-estar emocional dos idosos (de Sam Lazaro et al., 2023).

Quanto ao tratamento de pacientes edêntulos, fatores económicos influenciam muito a escolha do tipo de tratamento. O alto custo dos implantes dentários ainda é um obstáculo para muitos pacientes (Abensur E. S. et al., 2022).

As desigualdades socioeconómicas constituem um dos principais factores no acesso a cuidados de saúde oral. Idosos com menores níveis de rendimento e escolaridade apresentam pior estado de saúde oral, menor frequência de utilização de serviços e maiores necessidades de tratamentos protéticos. A dependência do setor privado para a prestação de cuidados dentários, frequentemente associados a custos elevados, acentua estas disparidades e limita o acesso a reabilitações orais complexas (Santos et al., 2024).

Em muitos países europeus, incluindo Portugal, a ausência de cobertura pública abrangente para cuidados dentários obriga os pacientes a suportarem diretamente a maioria dos custos com reabilitação oral. Esta realidade afeta de forma desproporcional os idosos com baixos rendimentos, resultando numa limitação significativa do acesso a tratamentos como próteses fixas, implantes ou reabilitações estéticas, reforçando o ciclo de exclusão funcional e social (Wilkelmann J. et al., 2022).

3.4.2 Barreiras Psicológicas

O acesso à reabilitação oral por parte da população idosa é frequentemente dificultado por barreiras psicológicas que influenciam negativamente a procura por cuidados dentários. Entre essas barreiras, destaca-se o medo do tratamento dentário, muitas vezes enraizado em experiências passadas negativas ou em percepções de dor associadas aos procedimentos dentários. Estudos indicam que o medo e a ansiedade relacionados com a consulta dentária são fatores significativos que levam os idosos a evitarem ou adiarem o tratamento necessário, comprometendo assim a sua saúde oral e geral (Freeman, 1999).

Além do medo, a falta de percepção da necessidade de cuidados dentários constitui uma barreira passiva comum entre os idosos, especialmente aqueles que utilizam próteses totais. Muitos consideram que, por não possuírem dentes naturais, não necessitam de acompanhamento dentário regular, ignorando a importância da manutenção das próteses e da saúde dos tecidos moles da cavidade oral (Borreani et al., 2008).

A estigmatização e a vergonha associadas à condição da saúde oral são outras barreiras psicológicas significativas. Idosos que enfrentam problemas dentários visíveis podem sentir-se constrangidos em procurar ajuda, temendo julgamentos por parte dos profissionais de saúde ou da sociedade em geral. Este sentimento de vergonha pode ser exacerbado por experiências anteriores de discriminação ou por uma autoimagem negativa, levando a que evitem o tratamento necessário (Kisely et al., 2015).

Por fim, a desinformação e a falta de literacia em saúde oral contribuem para a perpetuação dessas barreiras psicológicas. Muitos idosos não estão cientes das opções de tratamento disponíveis ou dos benefícios que a reabilitação oral pode proporcionar à sua qualidade de vida. Essa falta de conhecimento pode resultar em decisões baseadas em percepções erradas, como a crença de que a perda dentária é uma consequência inevitável do envelhecimento (Tiwari et al., 2022).

3.4.3 Barreiras Físicas e Funcionais

O envelhecimento está frequentemente associado a limitações físicas e funcionais que dificultam o acesso dos idosos aos cuidados de saúde oral. Condições como mobilidade reduzida, comprometimento cognitivo e dependência funcional podem tornar desafiador o deslocamento até clínicas médicas dentárias, especialmente quando estas não estão adaptadas às necessidades desta população. A ausência de transporte adequado, assim como a falta de instalações acessíveis, agrava estas dificuldades, comprometendo o acesso aos tratamentos reabilitadores necessários (Beaven & Marshman, 2024).

A carência de rampas, elevadores ou sinalização acessível pode desencorajar a procura por cuidados dentários, especialmente entre os que vivem sozinhos ou dependem de ajudas técnicas para locomoção. A adaptação dos espaços de saúde oral é, portanto, essencial para promover a equidade no acesso a reabilitações orais e garantir a inclusão funcional da população idosa (Lopes, 2013).

Além das limitações físicas, as comorbidades crônicas – como artrite, Parkinson e outras condições neurológicas – dificultam a autonomia dos idosos para manter rotinas de higiene oral e marcar ou comparecer a consultas. A perda de destreza manual e a fadiga, frequentemente relatadas por estes pacientes, aumentam o risco de deterioração da saúde oral e, consequentemente, a necessidade de tratamentos restauradores e protéticos (Janto M. et al., 2022).

A dependência de cuidadores formais ou informais é outro fator funcional que influencia o acesso a cuidados dentários. Quando os cuidadores não têm formação em saúde oral ou priorizam outras necessidades clínicas do idoso, o acompanhamento ao médico dentista tende a ser negligenciado. Investir na formação destes cuidadores e integrá-los nas estratégias de promoção da saúde oral geriátrica é uma medida fundamental para reduzir este tipo de barreira (De Rubeis V. et al., 2023).

4. Impactos Psicológicos da Saúde Oral em Idosos

Problemas dentários foram identificados como fatores que contribuem para o isolamento social, e este, por sua vez, foi associado a diversos impactos negativos na saúde, incluindo biomarcadores inflamatórios elevados, aumento da fragilidade, autoestima diminuída,

declínio cognitivo e distúrbios do sono. Além disso, comportamentos pouco saudáveis, como menor atividade física e cuidados pessoais inadequados, foram mais frequentes entre indivíduos socialmente isolados (Sherman D. W. et al., 2024).

A saúde periodontal está diretamente associada à OHRQoL. A perda dentária decorrente de periodontite avançada tem repercussões funcionais, estéticas e psicológicas, podendo provocar sentimentos de vergonha, pouca sociabilização e diminuição da autoestima. Estudos em populações envelhecidas demonstram que intervenções periodontais bem-sucedidas contribuem significativamente para a melhoria da saúde geral e da percepção de bem-estar (Ferreira M. et al., 2017).

Da mesma forma, pacientes com doença periodontal avançada tiveram uma grande melhora no OHRQoL após tratamento periodontal e RO, proporcionando um grande impacto positivo na qualidade de vida daqueles que apresentavam comprometimento periodontal severo (Jenei A. et al., 2015).

A percepção estética é um fator fundamental na satisfação dos pacientes. Estes podem sentir impactos psicossociais significativos devido à insatisfação com a sua aparência. A perda dentária tem grande importância, afetando tanto a estética quanto a função oral. Reabilitações Oraís estéticas são essenciais para melhorar o bem-estar psicológico e social dos pacientes (Larsson P. et al., 2021).

Pacientes que recebem tratamentos restauradores apresentam melhora significativa na qualidade de vida e aparência orofacial. A decisão pelo tratamento restaurador deve ter em conta o impacto psicológico e estético, além da reabilitação da função dentária (Sternborg B. A. M. M. et al., 2018).

A RO total melhora a qualidade de vida dos pacientes, independentemente do material utilizado. A estética tem um grande impacto positivo na percepção dos pacientes, além de um grande impacto funcional e social (Liebermann A. et al., 2019).

A RO constitui uma abordagem eficaz e viável no tratamento do desgaste dentário severo ou dentições comprometidas, contribuindo de forma significativa para a melhoria da qualidade de vida associada à saúde oral, bem como para o bem-estar geral do paciente (Prakash P. et al., 2022).

O desgaste dentário tem uma etiologia multifatorial e pode levar a problemas funcionais e estéticos. Os principais sintomas incluem insatisfação estética e impacto negativo na OHRQoL. A RO com resinas compostas pode melhorar a percepção estética, o bem-estar pessoal e a qualidade de vida dos pacientes. Os benefícios são sustentáveis por, pelo menos, cinco anos após o tratamento. O desconforto psicológico é o fator mais impactante, mostrando grande melhoria após o tratamento. A satisfação estética aumenta significativamente com as restaurações com resina, apesar de sofrer uma leve redução ao longo dos anos (van Sambeek R. M. F. et al., 2023).

Em populações envelhecidas, a reabilitação com coroas dentárias está associada a benefícios psicológicos, incluindo aumento da autoestima e melhoria na interação social. A estabilidade e estética proporcionadas por estas próteses contribuem para a satisfação do paciente e para a percepção positiva da sua saúde oral. (Shokouhi et al., 2019).

A perda dentária no sector anterior pode impactar negativamente a OHRQoL, afetando as funções mastigatórias, a estética e aspectos psicossociais. Afeta também a autoestima e o bem-estar psicológico dos pacientes. A RO com enxertos ósseos e implantes melhora a OHRQoL, reduzindo limitações funcionais, desconforto psicológico e dor (Yusa K. et al., 2023).

A perda dentária afeta negativamente a autoimagem e a confiança do paciente. Pacientes edêntulos evitam sorrir, falar e socializar devido ao impacto estético da perda dos dentes. O edentulismo pode levar ao isolamento social, depressão e ansiedade, afetando a saúde mental do indivíduo. Por outro lado, a instalação de próteses removíveis e fixas melhoram a mastigação e a fala, restaurando a funcionalidade oral. Os implantes dentários oferecem maior estabilidade, conforto e sensação de naturalidade, melhorando significativamente a qualidade de vida dos pacientes. Os que passaram pela RO relatam maior satisfação pessoal e social, sentindo-se mais confiantes para interações sociais (Abensur E. S. et al., 2022).

A estética dentária tem impacto direto na autoestima, afetando relações sociais e oportunidades profissionais. Pacientes edêntulos tendem a apresentar menor autoconfiança, afetando sua qualidade de vida. O impacto negativo é maior quando os dentes perdidos são os anteriores, pois o sorriso é um elemento central da aparência e comunicação interpessoal. O uso de próteses convencionais também melhora a qualidade

de vida, mas os implantes são percebidos como mais estáveis, confortáveis e naturais (Barreto J. O. et al., 2019).

A saúde oral está diretamente relacionada com a saúde física e mental, influenciando a mastigação, digestão e comunicação. A perda dentária (edentulismo) pode causar problemas estéticos, funcionais e emocionais, afetando a autoestima e a socialização. A ausência de dentes compromete a comunicação dos pacientes, levando a dificuldades na pronúncia de palavras, maior inibição ao falar, isolamento social e redução da participação em atividades terapêuticas. É comum sentimentos de vergonha e baixa autoestima devido à ausência dentária. A percepção da autoimagem negativa afeta o bem-estar psicológico. A RO é fundamental para restaurar não apenas a função mastigatória, mas também a autoestima e a inclusão social (Oliveira R. M. P. et al., 2021).

Pacientes edêntulos tradicionalmente utilizam próteses totais convencionais, mas estas apresentam problemas como mobilidade excessiva, instabilidade e baixa eficiência mastigatória, especialmente na mandíbula. A falta de estabilidade das próteses reduz a força de mordida e impacta negativamente a OHRQoL e a satisfação do paciente. A força de mordida aumenta significativamente após a instalação de próteses implantossuportadas, demonstrando a eficácia dos implantes na restauração da função mastigatória, com grandes benefícios na OHRQoL (Avukat E. N. et al., 2023).

A OHRQoL é um conceito abrangente que inclui aspectos funcionais, psicológicos e sociais da saúde oral. A RO com implantes melhora significativamente a OHRQoL e a satisfação estética dos pacientes. Melhora também aspectos funcionais, emocionais e sociais da vida dos pacientes, e deve ser planeada de forma individual para otimizar os resultados. A fase provisória já contribui para a melhoria da qualidade de vida, mas os melhores resultados são alcançados após a prótese definitiva. (Manfredini M. et al., 2024).



Figura 15 – Reabilitação oral: fase de provisórias (fonte: foto gentilmente cedida pela Dr^a Carla Kassis, CRO-RJ nº 38.438)

A RO com implantes melhora a OHRQoL de forma significativa, reduzindo problemas de mastigação, estética e preocupações psicológicas. Pacientes edêntulos alcançam as maiores melhorias na OHRQoL, reforçando a importância dos implantes para esta população. A mastigação é o fator mais impactado pela perda dentária, mas apresenta recuperação satisfatória após o tratamento (Nickenig H. et al., 2024).

Da mesma forma, a RO protética melhora a qualidade de vida, principalmente em função oral, dor orofacial e aparência. As expectativas dos pacientes são atendidas especialmente na estética, porém a estabilidade das próteses removíveis é um ponto de menor satisfação. Ressalta-se que o tratamento protético não depende apenas da técnica, mas também da percepção e expectativas do paciente (Winter A. et al., 2024).

Dentes anteriores são mais críticos para a OHRQoL do que os dentes posteriores devido à influência na estética e na fala. Há a necessidade de estratégias preventivas para minimizar a perda dentária e as suas consequências na qualidade de vida. Intervenções médico dentárias devem priorizar a preservação de dentes anteriores para otimizar a OHRQoL (Gerritsen A. et al., 2010).



Figura 16 – Reabilitação oral: antes x depois (fonte: foto gentilmente cedida pela Dr^a Carla Kassis, CRO-RJ nº 38.438)

5. Implicações para a Prática Clínica e Políticas de Saúde

Os médicos dentistas devem dar prioridade à reabilitação com implantes em pacientes edêntulos, pois estes são os mais beneficiados. A mastigação deve ser um foco importante no planeamento do tratamento para garantir a satisfação do paciente. A estética também deve ser levada em consideração, especialmente para as mulheres, que demonstram maior preocupação com a aparência. É fundamental um acompanhamento rigoroso para evitar a perda de implantes e garantir melhores resultados a longo prazo (Nickenig H. et al., 2024).

A prevenção da perda dentária deve ser uma prioridade para melhorar a qualidade de vida dos pacientes. A reabilitação com próteses sobre dentes ou próteses sobre implantes deve ter como objetivo a reabilitação de dentes anteriores e a manutenção de pares oclusais funcionais. A avaliação da OHRQoL deve ser incorporada na prática clínica para melhor compreensão do impacto da perda dentária em cada paciente. Programas de saúde pública devem considerar a OHRQoL ao definir estratégias (Gerritsen A. E. et al., 2010).

A reabilitação implantossuportada deve ser considerada como uma solução prioritária para pacientes edêntulos, dado o impacto positivo na qualidade de vida. Os médicos dentistas devem enfatizar a importância das próteses provisórias como parte do tratamento, pois estas já trazem benefícios significativos (Manfredini M. et al., 2024).

Em pacientes com desgaste dentário, intervenções precoces podem melhorar a qualidade de vida. A reabilitação com resina composta é uma abordagem eficaz e minimamente invasiva para restaurar função e estética (van Sambeek R. M. F. et al., 2023).

Próteses implantossuportadas devem ser consideradas a primeira opção de tratamento para pacientes edêntulos mandibulares. A estabilidade das *overdentures* impacta diretamente na satisfação do paciente, devendo ser priorizada no planejamento reabilitador (Avukat E. N. et al., 2023).

O impacto psicológico e social da perda dentária anterior deve ser tido em consideração no planejamento do tratamento reabilitador. Médicos dentistas devem priorizar tratamentos que restaurem a estética e promovam um impacto emocional positivo nos pacientes (Yusa K. et al., 2023).

Quanto ao atendimento médico dentário para pacientes institucionalizados, deve-se incorporar o atendimento regular, além de desenvolver programas de prevenção e promoção de saúde oral, incluindo escovagem supervisionada e acesso a materiais de higiene oral, e capacitar os profissionais que lidam com os pacientes sobre a importância da saúde oral na reabilitação psicossocial. Também incentivar o uso de próteses dentárias, quando necessário, para melhorar a autoestima e a inclusão social destes pacientes (Oliveira R. M. P. et al., 2021).

Os médicos dentistas devem considerar não apenas a função mastigatória, mas também o impacto emocional da perda dentária. A ampliação do acesso aos implantes dentários pode reduzir as desigualdades e melhorar a qualidade de vida de mais pessoas (Barreto J. O. et al., 2019).

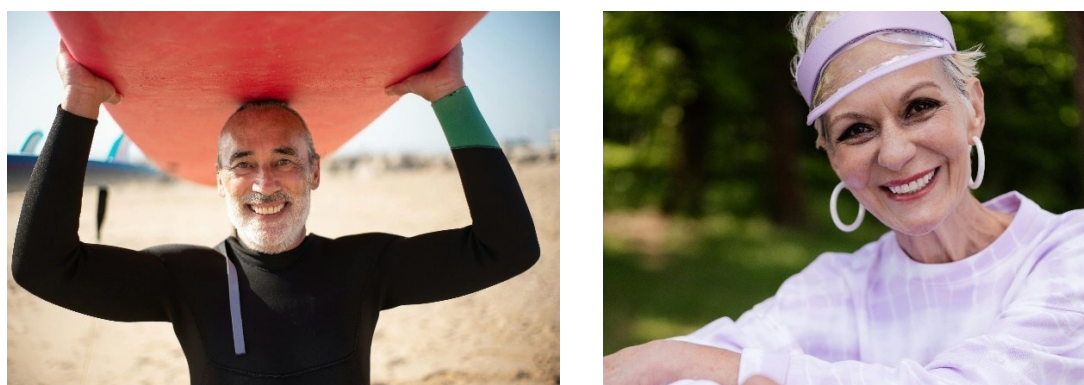


Figura 17 - Idosos com saúde oral e qualidade de vida (fonte: SHVETS production, 2025).

III. CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu evidenciar a importância central da reabilitação oral na promoção da qualidade de vida da população idosa, reconhecendo-se que a saúde oral é um componente essencial do bem-estar físico, psicológico e social. Numa sociedade marcada pelo envelhecimento demográfico progressivo, torna-se imperativo adotar uma abordagem integradora e multidisciplinar que vá além da simples reposição de estruturas dentárias, contemplando as dimensões emocionais e funcionais do paciente idoso.

As intervenções reabilitadoras, sejam convencionais ou suportadas por implantes, demonstraram benefícios significativos na restauração da função mastigatória, da estética e da autoestima dos indivíduos, com impactos positivos observados na interação social, na alimentação e na percepção da própria imagem. A reabilitação oral, quando bem planeada e executada, constitui um instrumento de resgate da dignidade e da autonomia do paciente idoso, favorecendo a inclusão social e o envelhecimento com qualidade.

Contudo, o acesso aos cuidados reabilitadores permanece desigual, condicionado por barreiras financeiras, psicológicas, físicas e funcionais. Tais barreiras revelam não apenas limitações do indivíduo, mas também fragilidades dos sistemas de saúde e das políticas públicas de suporte à saúde oral da população envelhecida. É urgente a implementação de estratégias que garantam o acesso equitativo aos serviços de medicina dentária, com especial atenção aos grupos socio-económicos mais vulneráveis.

Neste contexto, destaca-se o papel do médico dentista enquanto agente de promoção da saúde integral, com responsabilidade não apenas técnica, mas também ética e social. A sensibilização para as especificidades do envelhecimento, o acolhimento empático e a adequação dos tratamentos às necessidades individuais constituem pilares essenciais para o sucesso terapêutico e para a valorização da medicina dentária no cuidado ao idoso.

Com base nos resultados deste trabalho, recomenda-se que os profissionais de medicina dentária incluam, de forma sistemática, avaliações psicossociais nas consultas com pacientes idosos, de modo a orientar planos de tratamento mais humanizados e eficazes. Além disso, sugere-se a criação de protocolos clínicos específicos para esta população, que considerem fatores como perda cognitiva, polimedicação e limitações funcionais. Do ponto de vista das políticas públicas, seria muito importante o planeamento e execução

de ambientes externos e internos com acessibilidade. Seria também desejável o reforço de programas de saúde oral comunitária voltados à terceira idade, com equipas multidisciplinares e serviços móveis que superem as barreiras de mobilidade.

Quanto à investigação futura, identifica-se a necessidade de estudos longitudinais que aprofundem a pesquisa sobre o impacto da reabilitação oral na saúde mental e na qualidade de vida ao longo do tempo, bem como pesquisas que analisem a eficácia de diferentes modelos de intervenção psicossocial associados aos tratamentos dentários em idosos.

Em suma, a reabilitação oral não deve ser entendida apenas como uma intervenção restauradora, mas sim como um processo de reabilitação global do ser humano, capaz de devolver não apenas a função, mas também a identidade, a autoestima e o prazer de sorrir. A saúde oral rejuvenesce, estimula e traz felicidade.

Promover a saúde oral na terceira idade é, portanto, um imperativo clínico, social e humano.

IV. BIBLIOGRAFIA

- Abensur, E. da S., Lopes, E. C., Meira, G. de F., & Silva, C. P. e. (2022). Relação entre a reabilitação oral em edêntulos e os efeitos psicossociais – revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 11(17), e123111739105. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i17.39105>
- Allin, S., Farmer, J., Quiñonez, C., Peckham, A., Marchildon, G., Panteli, D., Henschke, C., Fattore, G., Lamloom, D., Holden, A. C. L., & Rice, T. (2020). Do health systems cover the mouth? Comparing dental care coverage for older adults in eight jurisdictions. *Health Policy*, 124(9), 998–1007. -<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.06.015>
- Al-Manei, K., Jia, L., Al-Manei, K. K., Ndanshau, E. L., Grigoriadis, A., & Kumar, A. (2023). Food Hardness Modulates Behavior, Cognition, and Brain Activation: A Systematic Review of Animal and Human Studies. *Nutrients*, 15(5), 1168. <https://doi.org/10.3390/nu15051168>
- Alqutaibi, A. Y., Saker, S., Alghauli, M. A., Algabri, R. S., & AbdElaziz, M. H. (2024). Clinical survival and complication rate of ceramic veneers bonded to different substrates: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2024.03.019>
- Anna Beaven & Zoe Marshman. (2024). Barriers and facilitators to accessing oral healthcare for older people in the UK: a scoping review. *British Dental Journal*.
- Ansari, S. H., Alkhalil, G., & Alhaj, S. (2023). Longevity of Posterior Composite Restorations and Their Reasons for Failure: A Systematic Review. *Archives of Pharmacy Practice*, 14(3), 14–20. <https://doi.org/10.51847/AzwMtDv6LU>
- Avukat, E. N., Akay, C., & Mumcu, E. (2023). Evaluation of bite force, quality of life, and patients' satisfaction in elderly edentulous patients using implant overdentures. *The Journal of Advanced Prosthodontics*, 15(4), 214. <https://doi.org/10.4047/jap.2023.15.4.214>
- Baniasadi, K., Armoon, B., Higgs, P., Bayat, A., Mohammadi Gharehghani, M. A., Hemmat, M., Fakhri, Y., Mohammadi, R., Fattah Moghaddam, L., & Schroth, R. J. (2021). The

- Association of Oral Health Status and socio-economic determinants with Oral Health-Related Quality of Life among the elderly: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Dental Hygiene*, 19(2), 153–165. <https://doi.org/10.1111/idh.12489>
- Banks, J. (2017). The “Age” of Opportunity: European Efforts Seek to Address the Challenges of an Aging Population and Also Create Opportunities for Economic Growth and Innovation. *IEEE Pulse*, 8(2), 12–15. <https://doi.org/10.1109/MPUL.2017.2649038>
- Barreto, J. O., Sousa, M. L. de A., Silva-Júnior, S. E. da, Freire, J. C. P., Araújo, T. N. de, Freitas, G. B. de, & Dias-Ribeiro, E. (2019). Impactos psicossociais da estética dentária na qualidade de vida de pacientes submetidos a próteses: revisão de literatura. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*, 8(1). <https://doi.org/10.21270/archi.v8i1.3162>
- Behr, L. C., Simm, A., Kluttig, A., & Grosskopf (Großkopf), A. (2023). 60 years of healthy aging: On definitions, biomarkers, scores and challenges. *Ageing Research Reviews*, 88, 101934. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2023.101934>
- Bennadi, D., & Reddy, C. V. K. (2013). Oral health related quality of life. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, 3(1), 1. <https://doi.org/10.4103/2231-0762.115700>
- Berniyanti, T., Palupi, R., Alkadasi, B. A., Sari, K. P., Putri R, I., Salma, N., Prasita, S., & Regita A, S. (2023). Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL) Analysis in Partially Edentulous Patients with and without Denture Therapy. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry, Volume 15*, 89–98. <https://doi.org/10.2147/CCIDE.S407136>
- Borreani, E., Wright, D., Scambler, S., & Gallagher, J. E. (2008). Minimising barriers to dental care in older people. *BMC Oral Health*, 8(1), 7. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-8-7>
- Ceraulo, S., Caccianiga, P., Casto, C., Ceraulo, I., & Caccianiga, G. (2022). Dental Prosthetic Rehabilitation Interventions in Elderly Patients Hospitalized in the Nursing Homes of the Lombardy Region: A Retrospective Study. *Healthcare*, 10(11), 2328. <https://doi.org/10.3390/healthcare10112328>

- Chen, H., Iinuma, M., Onozuka, M., & Kubo, K.-Y. (2015). Chewing Maintains Hippocampus-Dependent Cognitive Function. *International Journal of Medical Sciences*, 12(6), 502–509. <https://doi.org/10.7150/ijms.11911>
- Chen, L.-K. (2022). Urbanization and population aging: Converging trends of demographic transitions in modern world. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 101, 104709. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104709>
- Coltro, M., Villarinho, E., Ozkomur, A., & Shinkai, R. (2022). Long-term impact of implant-supported oral rehabilitation on quality of life: a 5 years prospective study. *Australian Dental Journal*, 67(2), 172–177. <https://doi.org/10.1111/adj.12906>
- De Rubeis, V., Jiang, Y., de Groh, M., Dufour, L., Bronsard, A., Morrison, H., & Bassim, C. W. (2023). Barriers to oral care: a cross-sectional analysis of the Canadian longitudinal study on aging (CLSA). *BMC Oral Health*, 23(1), 294. <https://doi.org/10.1186/s12903-023-02967-3>
- de Sam Lazaro, S. L., Nitschke Durben, A. M., & Kline, J. J. (2023). Barriers and Opportunities to Support the Oral Health of Older Adults: A Rapid Review of Health Policy and Systems. *The International Journal of Aging and Human Development*, 96(1), 51–62. <https://doi.org/10.1177/00914150221106098>
- Dibello, V., Lozupone, M., Manfredini, D., Dibello, A., Zupo, R., Sardone, R., Daniele, A., Lobbezoo, F., & Panza, F. (2021). Oral frailty and neurodegeneration in Alzheimer's disease. *Neural Regeneration Research*, 16(11), 2149. <https://doi.org/10.4103/1673-5374.310672>
- Dibello, V., Zupo, R., Sardone, R., Lozupone, M., Castellana, F., Dibello, A., Daniele, A., De Pergola, G., Bortone, I., Lampignano, L., Giannelli, G., & Panza, F. (2021). Oral frailty and its determinants in older age: a systematic review. *The Lancet Healthy Longevity*, 2(8), e507–e520. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(21\)00143-4](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(21)00143-4)
- Dovjak, P. (2022). Polypharmacy in elderly people. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 172(5–6), 109–113. <https://doi.org/10.1007/s10354-021-00903-0>

- Echeverria, M. S., Wunsch, I. S., Langlois, C. O., Cascaes, A. M., & Ribeiro Silva, A. E. (2019). Oral health-related quality of life in older adults—Longitudinal study. *Gerodontology*, 36(2), 118–124. <https://doi.org/10.1111/ger.12387>
- Eduardo Miyashita, E. P. P. E. T. K. (2014). *Reabilitação Oral Contemporânea - Baseada em evidências científicas* |.
- Fan, J., Xu, Y., Si, L., Li, X., Fu, B., & Hannig, M. (2021). Long-term Clinical Performance of Composite Resin or Ceramic Inlays, Onlays, and Overlays: A Systematic Review and Meta-analysis. *Operative Dentistry*, 46(1), 25–44. <https://doi.org/10.2341/19-107-LIT>
- Ferreira, M. C., Dias-Pereira, A. C., Branco-de-Almeida, L. S., Martins, C. C., & Paiva, S. M. (2017). Impact of periodontal disease on quality of life: a systematic review. *Journal of Periodontal Research*, 52(4), 651–665. <https://doi.org/10.1111/jre.12436>
- Fukushima-Nakayama, Y., Ono, T., Hayashi, M., Inoue, M., Wake, H., Ono, T., & Nakashima, T. (2017). Reduced Mastication Impairs Memory Function. *Journal of Dental Research*, 96(9), 1058–1066. <https://doi.org/10.1177/0022034517708771>
- Galiatsatos, A., Galiatsatos, P., & Bergou, D. (2022). Clinical Longevity of Indirect Composite Resin Inlays and Onlays: An Up to 9-Year Prospective Study. *European Journal of Dentistry*, 16(01), 202–208. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1735420>
- Gerritsen, A. E., Allen, P. F., Witter, D. J., Bronkhorst, E. M., & Creugers, N. H. (2010). Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 126. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-126>
- Gil-Montoya, J., Ferreira de Mello, A. L., Barrios, R., Gonzalez-Moles, M. A., & Bravo, M. (2015). Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 461. <https://doi.org/10.2147/CIA.S54630>
- Glick, M., & Williams, D. M. (2021). FDI Vision 2030: Delivering Optimal Oral Health for All. *International Dental Journal*, 71(1), 3–4. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2020.12.026>

- Gomes-Filho, I. S., Cruz, S. S. da, Trindade, S. C., Passos-Soares, J. de S., Carvalho-Filho, P. C., Figueiredo, A. C. M. G., Lyrio, A. O., Hintz, A. M., Pereira, M. G., & Scannapieco, F. (2020). Periodontitis and respiratory diseases: A systematic review with meta-analysis. *Oral Diseases*, 26(2), 439–446. <https://doi.org/10.1111/odi.13228>
- Gonçalves, G. S. Y., de Magalhães, K. M. F., Rocha, E. P., dos Santos, P. H., & Assunção, W. G. (2022). Oral health-related quality of life and satisfaction in edentulous patients rehabilitated with implant-supported full dentures all-on-four concept: a systematic review. *Clinical Oral Investigations*, 26(1), 83–94. <https://doi.org/10.1007/s00784-021-04213-y>
- Hescot, P. (2017). The New Definition of Oral Health and Relationship between Oral Health and Quality of Life. *Chinese Journal of Dental Research*, 20(4), 189–192. <https://doi.org/10.3290/j.cjdr.a39217>
- Jacobson, G., Cicchiello, A., Shah, A., Doty, M. M., & Williams, R. D., II. (2021, October 1). *When costs are a barrier to getting health care: Reports from older adults in the United States and other high-income countries* (Findings from the 2021 International Health Policy Survey of Older Adults). The Commonwealth Fund. <https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2021/oct/when-costs-are-barrier-health-care>
- Janto, M., Iurcov, R., Daina, C. M., Neculoiu, D. C., Venter, A. C., Badau, D., Cotovanu, A., Negrau, M., Suteu, C. L., Sabau, M., & Daina, L. G. (2022). Oral Health among Elderly, Impact on Life Quality, Access of Elderly Patients to Oral Health Services and Methods to Improve Oral Health: A Narrative Review. *Journal of Personalized Medicine*, 12(3), 372. <https://doi.org/10.3390/jpm12030372>
- Jenei, Á., Sándor, J., Hegedűs, C., Bágyi, K., Nagy, L., Kiss, C., Szabó, G., & Márton, I. J. (2015). Oral health-related quality of life after prosthetic rehabilitation: a longitudinal study with the OHIP questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0289-2>
- John, M., Omara, M., Su, N., List, T., Sekulic, S., Häggman-Henrikson, B., Visscher, C., Bekes, K., Reissmann, D., Baba, K., Schierz, O., Theis-Mahon, N., Fueki, K., Stamm, T., Bondemark, L., Oghli, I., van Wijk, A., & Larsson, P. (2022). RECOMMENDATIONS

- FOR USE AND SCORING OF ORAL HEALTH IMPACT PROFILE VERSIONS. *Journal of Evidence-Based Dental Practice*, 22(1), 101619. <https://doi.org/10.1016/j.jebdp.2021.101619>
- John, M. T. (2021). Foundations of oral health-related quality of life. *Journal of Oral Rehabilitation*, 48(3), 355–359. <https://doi.org/10.1111/joor.13040>
- John, M. T., Reissmann, D. R., Čelebić, A., Baba, K., Kende, D., Larsson, P., & Renner-Sitar, K. (2016). Integration of oral health-related quality of life instruments. *Journal of Dentistry*, 53, 38–43. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2016.06.006>
- Kanasi, E., Ayilavarapu, S., & Jones, J. (2016). The aging population: demographics and the biology of aging. *Periodontology 2000*, 72(1), 13–18. <https://doi.org/10.1111/prd.12126>
- Kisely, S., Baghaie, H., Lalloo, R., Siskind, D., & Johnson, N. W. (2015). A Systematic Review and Meta-Analysis of the Association Between Poor Oral Health and Severe Mental Illness. *Psychosomatic Medicine*, 77(1), 83–92. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000135>
- Ko, C.-H., Chao, C.-L., Hung, C.-H., Du, J.-K., & Feng, M.-C. (2024). Nutritional Status, Frailty, Oral Health, and Oral Motor Functions in Long-Term Care Residents with Swallowing Dysfunction. *Journal of Clinical Medicine*, 14(1), 62. <https://doi.org/10.3390/jcm14010062>
- Kovačević, I., Barać, I., Major Poljak, K., Čandrlić, S., & Čandrlić, M. (2025). Assessing the Oral-Health-Related Quality of Life in Patients with Dental Prosthetics: A Cross-Sectional Study from Eastern Croatia. *Oral*, 5(1), 10. <https://doi.org/10.3390/oral5010010>
- Krishnamoorthy, G., Narayana, A. I., & Balkrishnan, D. (2018). Mastication as a tool to prevent cognitive dysfunctions. *Japanese Dental Science Review*, 54(4), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.jdsr.2018.06.001>
- Kurosaki, Y., Kimura-Ono, A., Mino, T., Arakawa, H., Koyama, E., Nakagawa, S., Nguyen, H. T. T., Osaka, S., Saeki, M., Minakuchi, H., Ono, M., Maekawa, K., & Kuboki, T. (2021). Six-year follow-up assessment of prosthesis survival and oral health-related quality of life in individuals with partial edentulism treated with three types of

prosthodontic rehabilitation. *Journal of Prosthodontic Research*, 65(3), JPR_D_20_00095. https://doi.org/10.2186/jpr.JPR_D_20_00095

Larsson, P., Bondemark, L., & Häggman-Henrikson, B. (2021). The impact of oro-facial appearance on oral health-related quality of life: A systematic review. *Journal of Oral Rehabilitation*, 48(3), 271–281. <https://doi.org/10.1111/joor.12965>

Lauritano, D., Moreo, G., Della Vella, F., Di Stasio, D., Carinci, F., Lucchese, A., & Petruzzi, M. (2019). Oral Health Status and Need for Oral Care in an Aging Population: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 4558. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224558>

Lee, C.-J., Ho, M.-H., Joo, J. Y., Montayre, J., Lin, Y.-K., Chang, C.-C., & Liu, M. F. (2022). Gender differences in the association between oral health literacy and oral health-related quality of life in older adults. *BMC Oral Health*, 22(1), 205. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02237-8>

Liebermann, A., Edelhoff, D., Güth, J. F., Erdelt, K., & Grünewald, E. (2019). Oral health-related impact profile in full-mouth restored patients with two different tooth-colored restoration materials. *Clinical Oral Investigations*, 23(4), 1625–1634. <https://doi.org/10.1007/s00784-018-2580-1>

Lies, C., Fernandez, S., Limme, M., & Vanheusden, A. (2008). Optimisation des techniques prothétiques de réhabilitation orale grâce à l'orthodontie: Analyse d'un cas clinique. *Techniques prothétiques et réhabilitation orale. Revue Médicale de Liège*, 63(10), 609–614.

Lopes, M. (2013). *Influência das barreiras arquitetónicas na capacidade funcional da pessoa idosa*. Universidade de Lisboa.

Manfredini, M., Pellegrini, M., Rigoni, M., Veronesi, V., Beretta, M., Maiorana, C., & Poli, P. (2024). Oral health-related quality of life in implant-supported rehabilitations: a prospective single-center observational cohort study. *BMC Oral Health*, 24(1), 531. <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04265-y>

- Mann, T., Heuberger, R., & Wong, H. (2013). The association between chewing and swallowing difficulties and nutritional status in older adults. *Australian Dental Journal*, 58(2), 200–206. <https://doi.org/10.1111/adj.12064>
- Martinez-Lacoba, R., Pardo-Garcia, I., & Escribano-Sotos, F. (2021). Aging, Dependence, and Long-Term Care: A Systematic Review of Employment Creation. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 58. <https://doi.org/10.1177/00469580211062426>
- Misch, C. E. (2015). *Dental Implant Prosthetics. 2nd Edition, Elsevier Inc., St Louis*, 499-552.
- Mohammed Ali Alakkad, T., Diwan, M. A., Sanie, M. K. Al, Balkhair, O. J., Al Mobarak, F. M., Badahdah, R. A., Bakhsh, A. F., Otaibi, N. R. Al, Abdulwahed, S. F. Al, Sharif, H. M. Al, & Anazi, R. O. Al. (2023). Dental restorative materials and special consideration for the elderly. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 11(1), 381–386. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20233855>
- Moraes Filho, A. de C., Otsuka, N. D. D., Bazán, T. A. X. N., & Carvalho, E. M. (2022). Impacto da reabilitação oral na qualidade de vida de pacientes edêntulos totais: revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 11(8), e55311831317. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.31317>
- Mortazavi, S. S., Shati, M., Keshtkar, A., Malakouti, S. K., Bazargan, M., & Assari, S. (2016). Defining polypharmacy in the elderly: a systematic review protocol. *BMJ Open*, 6(3), e010989. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010989>
- Murtinha, J. (2016). *Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes Portadores de Prótese Parcial Removível*. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.
- Nickenig, H.-J., Terheyden, H., Reich, R. H., Kreppel, M., Linz, C., & Lentzen, M.-P. (2024). Oral health-related quality of life (OHRQoL) and implant therapy: A prospective multicenter study of preoperative, intermediate, and posttreatment assessment. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 52(1), 59–64. <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2023.08.003>
- Oliveira, R. M. P. de, Oliveira Junior, N. G. de, Cavalcanti, P. C. da S., Alves, M., Saidel, M. G. B., Dutra, V. F. D., & Loyola, C. M. D. (2021). A importância da saúde bucal na

reabilitação psicossocial: Sorrir e cuidar em saúde mental. *Research, Society and Development*, 10(5), e0610514578. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14578>

Ono, Y., Yamamoto, T., Kubo, K., & Onozuka, M. (2010). Occlusion and brain function: Mastication as a prevention of cognitive dysfunction. *Journal of Oral Rehabilitation*, 37(8), 624–640. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2010.02079.x>

Pattanaik, S., Veeraraghavan, V. P., Dasari, A. K., Patil, S. R., Alzahrani, S. G., & Fareed, M. (2024). Orthodontic treatment in adults: Challenges, outcomes, and factors affecting compliance and satisfaction. *Journal of Orthodontic Science*, 13(1). https://doi.org/10.4103/jos.jos_186_23

Perrone, M. (2025). Longevity of Porcelain Veneers: A Comprehensive Review. *Journal of Oral Medicine and Dental Research*, 6(1). [https://doi.org/10.52793/JOMDR.2025.6\(1\)-86](https://doi.org/10.52793/JOMDR.2025.6(1)-86)

Pjetursson, B. E., Sailer, I., Makarov, N. A., Zwahlen, M., & Thoma, D. S. (2015). All-ceramic or metal-ceramic tooth-supported fixed dental prostheses (FDPs)? A systematic review of the survival and complication rates. Part II: Multiple-unit FDPs. *Dental Materials*, 31(6), 624–639. <https://doi.org/10.1016/j.dental.2015.02.013>

Pjetursson, B. E., Tan, K., Lang, N. P., Brägger, U., Egger, M., & Zwahlen, M. (2004). A systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (FPDs) after an observation period of at least 5 years. *Clinical Oral Implants Research*, 15(6), 625–642. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0501.2004.01117.x>

Prakash, P., & Singh, K. (2022). Impact of complete mouth rehabilitation following Pankey Mann Schuyler versus HOB Philosophy on Oral Health-Related Quality of Life using Oral Health Impact Profile-14: A randomized clinical trial. *The Journal of Indian Prosthodontic Society*, 22(4), 343. https://doi.org/10.4103/jips.jips_252_21

Rahman, N., & Walls, A. (2020). *Chapter 12: Nutrient Deficiencies and Oral Health* (pp. 114–124). <https://doi.org/10.1159/000455379>

Raphael, C. (2017). Oral Health and Aging. *American Journal of Public Health*, 107(S1), S44–S45. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303835>

- Rodrigues, A. M., Gregório, M. J., Sousa, R. D., Dias, S. S., Santos, M. J., Mendes, J. M., Coelho, P. S., Branco, J. C., & Canhão, H. (2018). Challenges of Ageing in Portugal: Data from the EpiDoC Cohort. *Acta Médica Portuguesa*, 31(2), 80–93. <https://doi.org/10.20344/amp.9817>
- Ruth Freeman. (1999). The psychology of dental patient care; Barriers to accessing dental care: patient factors. *British Dental Journal*, 187(no 3).
- Santos, A. J., Braz, P., Gomez, V., Folha, T., Alves, T., & Dias, C. M. (2022). *Envelhecimento e saúde: Caracterização da saúde da população idosa em Portugal* (E. Silvestre, Coord. ed.; F. Tellechea, Comp. gr.). Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. https://doi.org/ISBN_978-989-8794-80-2
- Santos, I. C., De la Torre Canales, G., Lopes, D. G., Mendes, J. J., Polido, M., Manso, A. C., & Canhão, H. (2024). Socio-economic inequalities in oral health among Portuguese older adults: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 24(1), 3505. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-21049-9>
- Schierz, O., Baba, K., & Fueki, K. (2021). Functional oral health-related quality of life impact: A systematic review in populations with tooth loss. *Journal of Oral Rehabilitation*, 48(3), 256–270. <https://doi.org/10.1111/joor.12984>
- Shekhawat, K. S., Chauhan, A., & Ramalingam, N. (2017). Impact of removable partial denture on quality of life measured after 6 months and 1 year of use. *World Journal of Dentistry*, 8(2), 81–85. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10015-1417>
- Sherman, D. W., Alfano, A. R., Alfonso, F., Duque, C. R., Eiroa, D., Marrero, Y., Muñecas, T., Radcliffe-Henry, E., Rodriguez, A., & Sommer, C. L. (2024). A Systematic Review of the Relationship between Social Isolation and Physical Health in Adults. *Healthcare*, 12(11), 1135. <https://doi.org/10.3390/healthcare12111135>
- Shokouhi, E., Mohamadian, H., Babadi, F., Cheraghian, B., & Araban, M. (2019). Improvement in oral health related quality of life among the elderly: a randomized controlled trial. *BioPsychoSocial Medicine*, 13(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s13030-019-0170-3>

- Silva, N., Abusleme, L., Bravo, D., Dutzan, N., Garcia-Sesnich, J., Vernal, R., Hernández, M., & Gamonal, J. (2015). Host response mechanisms in periodontal diseases. *Journal of Applied Oral Science*, 23(3), 329–355. <https://doi.org/10.1590/1678-775720140590>
- Siqueira Mendes, F. de C. C. de, Almeida, M. N. F. de, Falsoni, M., Andrade, M. L. F., Felício, A. P. G., Paixão, L. T. V. B. da, Júnior, F. L. do A., Anthony, D. C., Brites, D., Diniz, C. W. P., & Sosthenes, M. C. K. (2022). The Sedentary Lifestyle and Masticatory Dysfunction: Time to Review the Contribution to Age-Associated Cognitive Decline and Astrocyte Morphotypes in the Dentate Gyrus. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(11), 6342. <https://doi.org/10.3390/ijms23116342>
- Sterenborg, B. A. M. M., Bronkhorst, E. M., Wetselaar, P., Lobbezoo, F., Loomans, B. A. C., & Huysmans, M.-C. D. N. J. M. (2018). The influence of management of tooth wear on oral health-related quality of life. *Clinical Oral Investigations*, 22(7), 2567–2573. <https://doi.org/10.1007/s00784-018-2355-8>
- Telles, D., Coelho, A. B., & Lourenço, E. V. (2014). *Próteses Fixas Sobre Implantes*.
- Thompson, L. A., & Chen, H. (2023). Physiology of Aging of Older Adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 39(2), 225–234. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2023.01.009>
- Tiwari, T., Kelly, A., Randall, C. L., Tranby, E., & Franstve-Hawley, J. (2022). Association Between Mental Health and Oral Health Status and Care Utilization. *Frontiers in Oral Health*, 2. <https://doi.org/10.3389/froh.2021.732882>
- Tzimas, D. , S. T. S. , K. P. , & K. N. (2021). Effects of indirect partial adhesive restorations on oral health-related quality of life: A prospective clinical study. *Clinical Oral Investigations*.
- United Nations. (2019). *Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental*.
- van Sambeek, R. M. F., de Vos, R., Crins, L. A. M. J., Bronkhorst, E., Mehta, S. B., Pereira-Cenci, T., & Loomans, B. A. C. (2023). Perception of oral health related quality of life and orofacial aesthetics following restorative treatment of tooth wear: A five-year follow-up. *Journal of Dentistry*, 136, 104626. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2023.104626>

- Viglianisi, G., Polizzi, A., Lombardi, T., Amato, M., Grippaudo, C., & Isola, G. (2025). Biomechanical and Biological Multidisciplinary Strategies in the Orthodontic Treatment of Patients with Periodontal Diseases: A Review of the Literature. *Bioengineering*, 12(1), 49. <https://doi.org/10.3390/bioengineering12010049>
- von Gehren, M. O., Rüttermann, S., Romanos, G. E., Herrmann, E., & Gerhardt-Szép, S. (2023). A 23-Year Observational Follow-Up Clinical Evaluation of Direct Posterior Composite Restorations. *Dentistry Journal*, 11(3), 69. <https://doi.org/10.3390/dj11030069>
- Wang, Y., Bäumer, D., Ozga, A.-K., Körner, G., & Bäumer, A. (2021). Patient satisfaction and oral health-related quality of life 10 years after implant placement. *BMC Oral Health*, 21(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01381-3>
- Wang, Z., Liu, T., Su, Q., Luo, H., Lou, L., Zhao, L., Kang, X., Pan, Y., & Nie, Y. (2024). Prevalence of Polypharmacy in Elderly Population Worldwide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 33(8). <https://doi.org/10.1002/pds.5880>
- Weintraub, J. A., Kaeberlein, M., Perissinotto, C., Atchison, K. A., Chen, X., D'Souza, R. N., Feine, J. S., Ghezzi, E. M., Kirkwood, K. L., Ryder, M., Slashcheva, L. D., Touger-Decker, R., Wu, B., & Kapila, Y. (2023). Geroscience: Aging and Oral Health Research. *Advances in Dental Research*, 31(1), 2–15. <https://doi.org/10.1177/08959374231200840>
- Winkelmann, J., Gómez Rossi, J., Schwendicke, F., Dimova, A., Atanasova, E., Habicht, T., Kasekamp, K., Gandré, C., Or, Z., McAuliffe, Ú., Murauskiene, L., Kroneman, M., de Jong, J., Kowalska-Bobko, I., Badora-Musiał, K., Motyl, S., Figueiredo Augusto, G., Pažitný, P., Kandilaki, D., ... Panteli, D. (2022). Exploring variation of coverage and access to dental care for adults in 11 European countries: a vignette approach. *BMC Oral Health*, 22(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02095-4>
- Winter, A., Schulz, S. M., Rasche, E., Schmitter, M., Höhne, C., & Giannakopoulos, N. N. (2024). Impact of dental prosthetic treatment and patients' expectations on the seven domains and four-dimensional scale of the Oral Health Impact Profile. *Journal of Oral Rehabilitation*, 51(2), 359–368. <https://doi.org/10.1111/joor.13599>

- World Health Organization. (2022). *Relatório Global sobre o estado da saúde bucal: rumo à cobertura universal de saúde bucal até 2030*.
- World Health Organization. (2022). *WHO highlights oral health neglect affecting nearly half of the world's population*.
- Xie, X., Zhang, Z., Zhou, J., & Deng, F. (2023). Changes of dental anxiety, aesthetic perception and oral health-related quality of life related to influencing factors of patients' demographics after anterior implant treatment: a prospective study. *International Journal of Implant Dentistry*, 9(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s40729-023-00486-y>
- Yan, G. L. K., Tan, M. N., Wong, M. L., Tay, C. M., & Allen, P. F. (2022). Functional dentition, chronic periodontal disease and frailty in older adults—A narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 502. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010502>
- Yusa, K., Ishikawa, S., Suzuki, N., Kunii, S., Okuyama, N., Hemmi, T., & Iino, M. (2023). Measures of oral health-related quality of life in patients with bone graft and implant prosthetic rehabilitation at the anterior of mandible/maxilla among young and middle-aged adults: a retrospective pilot study. *International Journal of Implant Dentistry*, 9(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s40729-023-00496-w>
- Zanon, G., Contardo, L., & Reda, B. (2022). The Impact of Orthodontic Treatment on Masticatory Performance: A Literature Review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.30453>
- Zhao, H., Wu, B., Zhou, Y., Yang, Z., Zhao, H., Tian, Z., Jiang, M., & Huang, D. (2024). Oral frailty: a concept analysis. *BMC Oral Health*, 24(1), 594. <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04376-6>