



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**IMPACTO DO USO DE PRÓTESE REMOVÍVEL NA QUALIDADE
DE VIDA DE DESDENTADOS PARCIAIS E TOTAIS**

Trabalho submetido por

Juliana Schweitzer da Silva

para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Setembro de 2020



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**IMPACTO DO USO DE PRÓTESE REMOVÍVEL NA QUALIDADE
DE VIDA DE DESDENTADOS PARCIAIS E TOTAIS**

Trabalho submetido por

JULIANA SCHVEITZER DA SILVA

para obtenção do grau de **Mestre** em Medicina Dentária

Trabalho orientado por

PROFESSOR DOUTOR CARLOS ZAGALO

e coorientado por

PROFESSORA MARIA JOÃO BARRETO

Setembro de 2020

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Professor Doutor Carlos Zagalo e co-orientadora Prof. Maria João Barreto pela disponibilidade em me orientar, pelo conhecimento partilhado em todas as aulas e clínicas, e por me fazerem sentir acolhida na Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz.

Aos meus pais que mesmo longe me deram suporte e estiveram comigo em cada passo dessa jornada, agradeço por toda a educação, possibilidades e carinho que me proporcionaram.

Aos meus irmãos por sempre estarem torcendo por mim e serem também responsáveis por quem eu sou hoje, dos quais sinto falta todos os dias.

Ao meu namorado e também colega de profissão, que além de abrir portas para essa nova jornada académica, me apoiou nos momentos mais difíceis, sempre paciente me ajudando a ultrapassar as dificuldades de estar longe de casa.

Aos meus avós que mesmo distantes sei que torcem muito pelo meu sucesso na profissão.

Aos meus amigos e colegas, especialmente minha dupla Marília e meus amigos Cristiano, Mariana, Celina, Arielly e tantos outros, vocês foram a minha família nessa jornada, agradeço imensamente por tudo.

RESUMO

Atualmente verifica-se um aumento do número de idosos na população portuguesa e são constantes os desafios do sistema de saúde para lhes proporcionar uma boa qualidade de vida (QdV). A abordagem do conceito de QdV refere-se a diferentes aspetos da vida como o grau de satisfação perante a vida familiar, perante a vida ambiental, social, amorosa, existencial, relacionada com o bem-estar do indivíduo, valores individuais e em grupo.

Sendo a condição oral um dos principais critérios para classificar a qualidade de vida no doente, o presente estudo tem como objetivo abordar a autopercepção dos pacientes desdentados totais e parciais reabilitados com próteses removíveis, bem como os instrumentos existentes para recolher e classificar os resultados da sua percepção de saúde oral e impacto na qualidade de vida.

Para melhor planear o tratamento reabilitador com próteses removíveis é necessário perceber quais são as maiores preocupações e exigências terapêuticas dos pacientes. Este é o passo inicial para executar um tratamento de sucesso e para isso, os instrumentos que avaliam o impacto de saúde oral na qualidade de vida, devem ser estudados e analisados.

Posto isto, o uso de próteses removíveis deve ser uma opção de tratamento reabilitador que visa, não só a melhora clínica do paciente, como também a melhoria na sua qualidade de vida.

Palavras-chave: qualidade de vida, próteses removíveis, desdentados totais, desdentados parciais.

ABSTRACT

Nowadays, the rise of the proportion of elders in the Portuguese population is known. Consequently, the health system is on challenging situation to provide the elder a good quality of life (QoL). The approach of the concept of QoL attribute to different life perspectives such as satisfaction level regarding familiar, social, love, existential life related with the individual well-being, self and community values.

The oral condition is one the main features to classify the patient's quality of life. This study has the objective to provide information about the self-perception of full and partial edentulous patients as well as the existent devices used to collect and assess the results that illustrates the oral health perception and the impact on quality of life.

To improve the planning of the rehabilitation treatment with removable prosthesis, it is necessary to have the discernment which are the patients biggest medical demands and worries. This is the first step to initiate the treatment with success and for that the devices have to be studied and analyzed.

Hence, the removable prosthetic rehabilitation should be a treatment option that does not only aim the clinical condition improvement of the patient, but also the enhancement of the QoL.

Key-words: quality of life, removable prosthesis, full edentulous, partial edentulous.

ÍNDICE GERAL

Índice de figuras.....	7
Índice de tabelas.....	9
Lista de siglas.....	11
I. INTRODUÇÃO.....	13
II. DESENVOLVIMENTO.....	17
1. Qualidade de vida.....	17
1.1 <i>Conceito</i>	17
1.2 <i>Qualidade de vida na saúde</i>	17
1.3 <i>Perfil do paciente idoso e qualidade de vida</i>	19
1.4 <i>Qualidade de vida na saúde oral</i>	22
2. Como medir qualidade de vida em saúde.....	23
2.1 <i>The World Health Organization Quality of Life (Grupo WHOQOL)</i>	23
2.2 <i>WHOQOL-Bref</i>	25
3. Como medir qualidade de vida em saúde oral.....	27
3.1 <i>Perfil do Impacto da Saúde Oral (Oral Health Impact Profile - OHIP)</i>	28
3.2 <i>Perfil do Impacto da Saúde Oral (Oral Health Impact Profile - OHIP-14 formato reduzido)</i>	31
3.3 <i>Perfil do Impacto da Saúde Oral (OHIP-Edent)</i>	34
3.4 <i>Índice de Determinação de Saúde Oral Geriátrica (Geriatric Oral Assessment Index – GOHAI)</i>	36
4. Autopercepção da QdVRSO do portador de prótese removível.....	38
III. CONCLUSÃO.....	43
IV. BIBLIOGRAFIA.....	45

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de saúde – relação entre qualidade de vida, saúde e doença (Locker, 1997; Retirado de Pires, 2009).....	18
Figura 2 – Relação entre variáveis clínicas e Qualidade de vida (Wilson & Cleary, 1995; Retirado de Pires, 2009).....	19
Figura 3 – Modelo de QdV na velhice (Lawton, 1983; Retirado de Pires, 2009).....	20
Figura 4 – Esquema dos domínios e itens do WHOQOL-100 (Retirado de Cazzorla, et al. 2012).....	23
Figura 5 – Domínios e Itens do instrumento WHOQOL traduzidos para língua portuguesa (Retirado de Fleck, et al., 2000).....	24
Figura 6 – Exemplo do questionário WHOQOL-100 (OMS).....	25
Figura 7 – Domínios e Itens do WHOQOL-Bref (Retirado de Fleck, 2000).....	26

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Instrumentos para avaliar Qualidade de Vida na Saúde Oral (ordem cronológica) (Retirado de Pires, 2009).....	27
Tabela 2 – Domínios e perguntas do instrumento OHIP-49 (Retirado de Pommer, 2013).....	29
Tabela 3 – Domínios e perguntas do instrumento OHIP-14 (short form) (Retirado de Afonso, et al., 2017).....	32
Tabela 4 – Domínios e perguntas do instrumento OHIP-Edent (Retirado de Silva, 2017).....	34
Tabela 5 – Índice de Avaliação da Saúde Bucal Geriátrica (Retirado de Rosendo, et al., 2017).....	37

LISTA DE SIGLAS

QdV – Qualidade de Vida

OHIP – *Oral Health Impact Profile* ou “Perfil do Impacto na Qualidade de vida” (Adaptação para a população portuguesa do instrumento de avaliação de impacto da saúde oral na qualidade de vida)

OHIP-14 – Oral Health Impact Profile Short-form (versão abreviada do Questionário OHIP original)

OHIP-EDENT – OHIP para pacientes desdentados totais.

VAS – *Visual Analogue Scale* ou “Escala Analógica Visual”

WHOQOL – *The World Health Organization Quality of Life* ou “Grupo WHOQOL” (Grupo com 15 centros internacionais que visam desenvolver uma avaliação da qualidade de vida aplicável em diferentes culturas)

WHOQOL-100 – Questionário original desenvolvido pelo Grupo WHOQOL, para avaliar qualidade de vida

WHOQOL-Bref – Versão abreviada do questionário WHOQOL-100

OMS – Organização Mundial de Saúde

QdVRSO – Qualidade de vida relacionada a saúde oral

ICIDH – *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* ou “Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens”

GOHAI – *The Geriatric Oral Health Assessment Index* ou “Índice de Determinação de Saúde Oral Geriátrica”

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

I. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um processo evolutivo que, mesmo os países mais desenvolvidos se procuram constantemente adaptar. Historicamente o significativo aumento da esperança de vida das populações europeias, está vinculado à melhoria da qualidade de vida verificada pela grande maioria dos indivíduos, sendo esta uma das consequências da evolução do conhecimento científico (médico e tecnológico) (Kalache, Vera, & Ramos, 1987).

Conforme as sociedades envelhecem, os setores da saúde e segurança social são constantemente desafiados pelos problemas de saúde da população idosa. Contudo os avanços tecnológicos procuram que se torne possível a melhoria na qualidade de vida durante a velhice (Kalache, 2008).

A população portuguesa tem apresentado um rápido e progressivo envelhecimento populacional com um aumento no número de idosos em termos proporcionais. Durante a velhice um dos principais critérios para classificar a qualidade de vida é a manutenção da dentição natural numa situação funcional e saudável no idoso (Taveira, et al., 2012).

Em 2019 a Ordem dos Médicos Dentistas de Portugal relatou que quase 70% da população portuguesa tem ausência de dentes naturais, sendo que destes, 37,8% tem falta de 1 a 5 dentes, 14,3% têm falta de mais de 8 dentes e 9,4% tem falta de todos os dentes (OMD, 2019).

A perda total dos dentes, entretanto, ainda é um fator constantemente descrito pela sociedade como uma condição natural do envelhecimento, e não como condição associada à presença de cáries, doenças periodontais não tratadas ou doenças relacionadas com a falta de programas e políticas preventivas direcionadas à população (Medeiros, et al., 2012).

Apesar dos avanços da Medicina Dentária, a perda dos dentes é uma realidade que causa sérios problemas nos indivíduos acometidos. Funções básicas são comprometidas tendo como resultado uma mastigação limitada, uma dieta insatisfatória, uma saúde geral debilitada e problemas secundários como o constrangimento estético. A reabilitação protética visa resolver estes problemas melhorando a qualidade de vida dos pacientes (Volpato, et al., 2012).

Após a perda dos dentes, um dos tratamentos para restabelecer a função e a estética perdida, é a reabilitação oral com próteses dentárias convencionais (Nóbrega, et al., 2016).

Há décadas utilizada, a prótese total convencional é um dos tratamentos destinados ao tratamento do edentulismo total de forma a restabelecer a função dos dentes perdidos (Beloni, Vale, & Takahashi, 2014).

Em casos de perda parcial dos dentes, a prótese parcial removível é uma possibilidade de tratamento de reabilitação. Ainda hoje um grande número de pacientes é desprovido de condições fisiológicas necessárias ou mesmo financeiras para que um outro tipo de tratamento seja executado (Galhardo, et al., 2008).

A falta dos dentes também pode interferir na capacidade de comunicação do paciente e na fonação de algumas palavras. Como consequência existe o aumento da dificuldade de se relacionar com outras pessoas (Palmeiro, 2013). Ao procurar um tratamento reabilitador o indivíduo procura reconstituir a sua imagem social, pessoal e a sua qualidade de vida (Beloni, Vale, & Takahashi, 2014).

Como definição de qualidade de vida, a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceituou-a como: “percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1995). Este conceito vincula diferentes aspetos da vida do indivíduo, tais como: aspetos psicológicos, físicos, o nível de independência, crenças pessoais e relações sociais (Silva, 2017).

A qualidade de vida é também associada à autoestima e ao bem-estar pessoal, aspetos esses que abrangem capacidade funcional, estado emocional, interação social, atividade intelectual, nível socioeconómico, autocuidado, apoio familiar, a saúde do indivíduo, aspetos culturais, éticos, religião, estilo de vida, satisfação com as atividades diárias, nível de empregabilidade e ambiente em que vive (Santos, et al., 2002; Velarde-Jurado & Avila-Figueroa, 2002).

Portugal regista um dos menores índices de tratamento dentário da Europa apresentados pelas políticas de orçamento do Ministério da Saúde, o que justifica e reafirma a importância de estudos que abordem a recolha de informações por parte dos

doentes para a caracterização da saúde oral bem como a sua relação com a QdV. Pesquisas nesse âmbito possibilitam a melhoria tanto dos tratamentos dentários como da atuação ao nível da prevenção na Medicina Dentária (OMD, 2019).

Existe ainda uma lacuna na literatura no que concerne a estudos que abordem este tema e considerando à relevância de conhecer melhor a relação entre qualidade de vida e a condição oral do indivíduo portador de prótese removível, o presente estudo procurou realizar uma revisão narrativa sobre o impacto do uso de próteses dentárias removíveis em desdentados parciais e totais, bem como os instrumentos utilizados para avaliar este impacto.

II. DESENVOLVIMENTO

1. Qualidade de vida

1.1 Conceito

A expressão Qualidade de Vida, desde o final da década de 50, era usada por sociólogos num contexto em que se relacionava a deterioração da vida urbana com a poluição ambiental. Nesta área o conceito está associado a indicadores económicos e de desenvolvimento sociocultural relacionado com o padrão de vida da população (Baltes, 1991; Hurley, et al., 1995).

Em psicologia, a QdV é descrita através do conceito de satisfação; na economia está relacionada com o rendimento *per capita*, funcionando assim, como um indicador do grau de acesso das populações aos benefícios da educação. Enquanto na política o seu conceito é vinculado à igualdade de distribuição das oportunidades sociais (Baltes, 1991; Hurley, et al., 1995).

O conceito de qualidade de vida é ainda apresentado como o grau de satisfação encontrado na vida familiar, ambiental, social, amorosa e à própria autopercepção existencial do indivíduo, resultando num padrão de conforto e bem-estar (Minayo, Hartz, & Buss, 2000).

O termo QdV num sentido mais amplo apoia-se na compreensão das necessidades humanas fundamentais, espirituais e materiais. É fundamentada pelo senso comum, pela ciência e outras disciplinas, num ponto de vista objetivo ou subjetivo, individual ou coletivo, no qual integram-se os conceitos de promoção de saúde (Hurley, et al., 1995).

A QdV é o reflexo do conhecimento, dos valores individuais, das experiências vivenciadas em diferentes épocas, espaços e histórias, sendo assim uma construção social com a marca da diversidade cultural (Minayo, Hartz, & Buss, 2000).

1.2 Qualidade de vida na saúde

Na área da medicina, o termo QdV a princípio foi utilizado para designar as condições que aumentam os índices de sobrevivência dos recém-nascidos. Logo após essa designação o

termo foi abordado de forma mais focada em pacientes especiais, terminais, idosos e adultos (Patrick & Erickson, 1993).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como a percepção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, tendo em conta os seus objetivos, os seus padrões, as suas preocupações e expectativas. O indivíduo faz parte de um sistema de valores e está inserido num contexto cultural (The WHOQOL Group, 1995).

Em 2013 o conceito de QdV sofreu alterações, e foi definido como um conjunto de indicadores subjetivos e multidimensionais. Além disso, passou a ser um objeto de estudo bastante relevante e fundamental na área clínica, tornando-se um foco nas principais necessidades dos doentes (Seidl & Zannon, 2004; Sischo, 2011).

Ainda que, de algum modo, a qualidade de vida e saúde sejam interpretadas como sinónimos (Stewart & King, 1994), o modelo de Locker (1997) refere QdV a algo mais amplo que a saúde propriamente dita. *Figura 1*

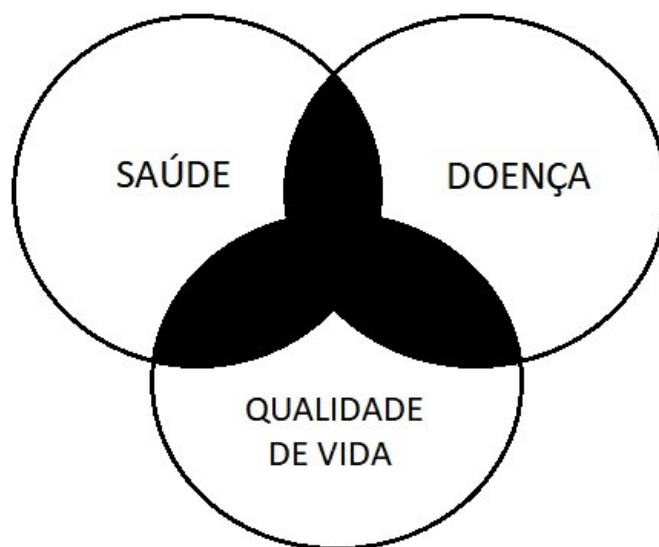


Figura 1. Modelo de saúde – relação entre qualidade de vida, saúde e doença (Locker, 1997; citado por Pires, 2009)

A figura representa a associação entre “doença”, “saúde” e “qualidade de vida”. Este modelo considera que, embora os problemas de saúde possam impactar negativamente na qualidade de vida do doente, não é imprescindível que isso ocorra. Ou seja, uma “má” saúde, pode significar uma “má” QdV, no entanto, pacientes com doenças crónicas

debilitantes podem classificar a sua QdV melhor que pacientes saudáveis (Allison, Locker, & Feine, 1997).

Os autores Wilson e Cleary (1995), num estudo sobre a qualidade de vida desenvolveram um modelo com o objetivo de determinar fatores causais que englobam “doença”, “saúde” e “qualidade de vida”. *Figura 2.*

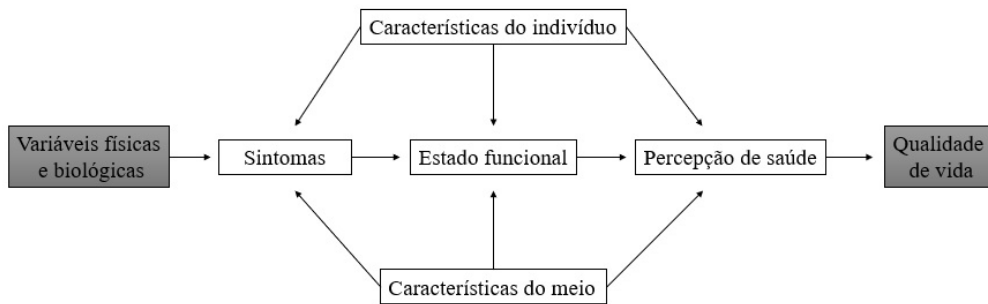


Figura 2. Relação entre variáveis clínicas e Qualidade de vida (Wilson & Cleary, 1995; citado por Pires, 2009).

Para compreender o modelo, deve-se perceber que os autores relacionam conceitos biofísicos com impactos sociais e psicológicos, para estabelecer a associação entre as extremidades do modelo: “variáveis biológicas” e “qualidade de vida”; com todas as características: “sintomas”, “características do indivíduo”, “estado funcional”, “percepção de saúde” e “características do meio”; inseridas entre as extremidades. Este modelo parte do princípio que os meios físico, social e económico influenciam na sequência causal da percepção do indivíduo sobre sua QdV, ou seja, correlaciona o conceito da biomedicina e o conceito sócio-ambiental de saúde (Wilson & Cleary, 1995).

1.3 Perfil do paciente idoso e qualidade de vida

Segundo o autor Bowling (1995), a importância dos aspetos a considerar para avaliação da QdV sofre mudanças conforme a idade. O autor afirma que pessoas mais jovens atribuem uma maior mérito ao trabalho e ao poder monetário, enquanto os idosos atribuem maior importância à saúde e à mobilidade (Bowling, 1995).

Com o objetivo de definir QdV no paciente idoso, o autor Lawton (1991), sustentou o conceito na multidimensionalidade da QdV na velhice. O autor afirmou que a QdV deve ser avaliada a partir de critérios sócio-normativos e intrapessoais, tendo em

consideração o presente, o passado e o futuro do indivíduo, além do sistema “pessoa-ambiente” em que ele se insere (Lawton, 1991).

O autor Lawton (1983), elaborou um modelo que avalia a QdV na velhice através de quatro dimensões: *competência comportamental*, *qualidade de vida percebida*, *condições ambientais* e *bem-estar subjetivo ou psicológico*, estando essas dimensões associadas, de forma sobreposta e dependentes da capacidade do idoso (Lawton, 1983; Irigaray & Trentini, 2008). *Figura 3*.



Figura 3. Modelo de QdV na velhice (Lawton, 1983; citado por Pires, 2009)

O autor Neri (2000), explica o domínio “*bem-estar psicológico*” de Lawton, através da avaliação pessoal da vida contemporânea do indivíduo em função dos demais domínios. O inquirido é avaliado pelas suas capacidades de interpretação dos eventos vividos no passado, presente e futuro e atribui indicadores cognitivos e emocionais, como: percepção sobre a satisfação com a vida, saúde mental e aspetos positivos ou negativos. (Neri, 2000).

O domínio “*qualidade de vida percebida*” possui como indicadores: patologias, medicação, dor, desconforto, percepção de alterações cognitivas, percepção de saúde e senso de autoeficácia dos domínios físico e cognitivo. Exemplificando quando o indicador “dor”, se refere à cavidade oral, pode direcionar a um problema dentário (Neri, 2000).

Já o domínio “*competência comportamental*” avalia a percepção do indivíduo em relação à condição física, ao comportamento social, à saúde, à aptidão cognitiva e ocupação do tempo. Este domínio avalia também as preferências pessoais, as contribuições ambientais e o desempenho social do idoso. Por fim, as “*condições ambientais*” associam a competência comportamental com a percepção da qualidade de vida. Este domínio reforça a relação entre o ambiente ecológico e o ambiente vivido pelo idoso (Lawton, 1991).

Um estudo transversal realizado pelas autoras Irigaray & Trentini (2008) com o objetivo de investigar o conceito de qualidade de vida para idosos, obteve uma amostra composta por 103 idosos, com idades compreendidas entre os 60 e os 86 anos. Através das evidências obtidas, os autores perceberam que o conceito de QdV na velhice, é formado por critérios subjetivos e objetivos sendo eles influenciados pelas convicções morais do indivíduo e pela sociedade onde vive. A QdV mostrou ter relação com saúde, amor, amizade, independência, atividades intelectuais, condições financeiras, relação familiar, convivência com a natureza, exercício físico e dieta equilibrada. Sendo assim, os conceitos que abrangem a QdV no idoso podem influenciar de forma determinante na percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde e sua satisfação com a vida (Irigaray & Trentini, 2008).

Variáveis como genética, doenças crônicas, estilo de vida relacionadas entre si também influenciam no processo complexo que é o envelhecimento. As mudanças que ocorrem nesse processo como: uso de próteses, fatores nutricionais, mudanças metabólicas, uso de álcool, medicamentos e tabaco, podem servir de explicação para as patologias orais comumente encontradas em pacientes idosos (Paula, Almeida, & Alves, 2014).

Entretanto o envelhecimento não está associado necessariamente à existência de determinada doença e não ocorre de modo concomitante em todo o organismo. Para se chegar a um diagnóstico o paciente deve ser avaliado de forma integrada e deve-se considerar o avanço da idade e todos os fatores, endógenos ou exógenos (Paula, Almeida, & Alves, 2014).

Sem o devido cuidado com a saúde oral, o aparelho estomatognático, pode sofrer demasiadas mudanças com o envelhecimento o que resulta na diminuição da capacidade física, funcional, emocional e estética do idoso (Medeiros, et al., 2012).

1.4 Qualidade de vida na saúde oral

Em medicina dentária o termo “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral” (QdVRSO) consiste num indicador subjetivo e multidimensional importante para avaliar, através de instrumentos válidos, a saúde oral dos indivíduos (Sischo & Broder, 2011).

A perda dentária apresenta ainda alta prevalência e impactos negativos na vida dos idosos. Esta condição afeta diretamente aspetos como: ingestão nutricional, autoimagem, interação social, equilíbrio emocional e o estado psicológico (Silva, 2013).

Através de um estudo realizado com a população indiana os autores Bijjargi & Chowdhary (2013), relatam que a perda dos dentes foi a segunda condição que mostrou maior causa de incapacidade entre os idosos (Bijjargi & Chowdhay, 2013). Além disso a perda dentária acarreta em vários distúrbios funcionais, tais como: disfagia moderada, perda de suporte facial, atrofia óssea alveolar e do osso basal dos maxilares. A longo prazo todas essas condições afetam de forma direta a qualidade de vida do indivíduo (Koshino, et al., 2006; Santos, et al., 2013; Wahbi & Elamin, 2018; Elias & Sheiham, 1999; Szentpétery, John, Slade, & Setz, 2005).

No envelhecimento existem alterações associadas ou não com a perda dentária, que também influenciam na QdV como: dificuldade de deglutição, diminuição da capacidade mastigatória, diminuição do fluxo salivar, perda da dimensão vertical e alterações do paladar (Oh & Basho, 2010; Gonçalves, et al., 2011). Estas condições podem exercer o papel de indicadores ou fatores de risco para outras patologias de alta incidência em idosos no geral, e principalmente em portadores de próteses como: infeções por fungos (candidíase, queilite angular, estomatite relacionada a prótese dentária); cárie radicular; doenças periodontais e lesões na mucosa (glossite, língua fissurada, lesões ulcerativas) (Fueki, et al., 2014).

Em 1993, a Federação Dentária Internacional, associou a QdV à condição oral de um indivíduo idoso, bem como às suas condições psicológicas, físicas e médicas, de

forma mais relevante do que em relação à sua idade propriamente dita, sendo a QdVRSO o resultado de maior importância relatado pelo paciente em tratamento protético (Padilha, Baldisserotto, & Soll, 1998; Paula, Almeida, & Alves, 2014; Palareti, et al., 2016).

2. Como medir qualidade de vida em saúde

2.1 The World Health Organization Quality of Life (Grupo WHOQOL)

A OMS através de um Grupo de Qualidade de Vida (Grupo intitulado WHOQOL) desenvolveu um questionário com o objetivo de avaliar a QdV dentro de uma perspectiva transcultural (Fleck, et al., 2000).

O questionário WHOQOL-100, desenvolvido pelo grupo consiste em 100 questões referentes a 6 domínios, sendo eles: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Os domínios são distribuídos em 24 itens, sendo que cada item é composto por 4 questões. Ainda existe no instrumento um vigésimo quinto item composto por perguntas gerais sobre qualidade de vida (Fleck, et al., 2000). *Figura 4.*

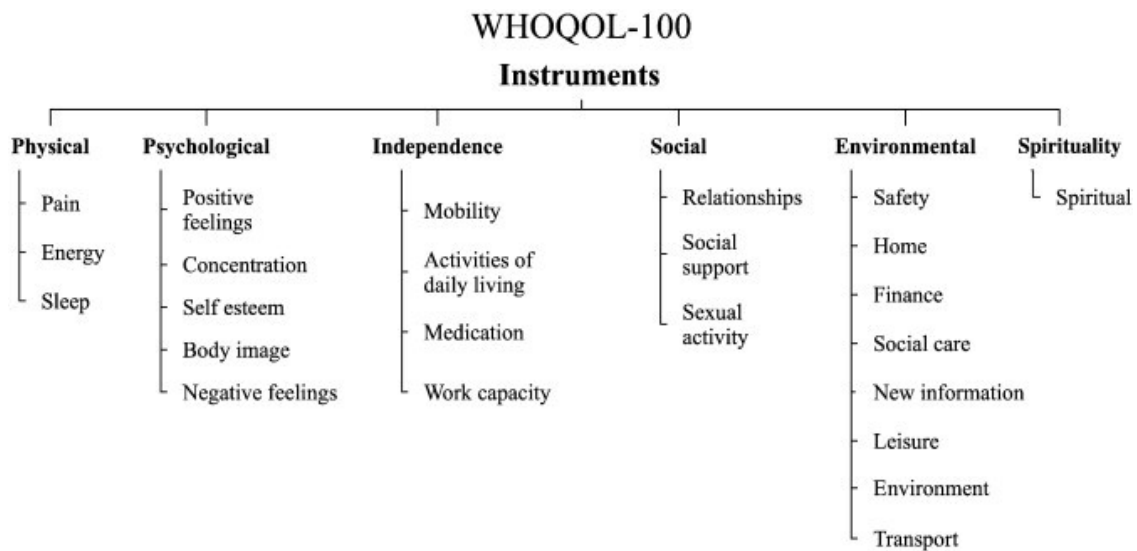


Figura 4. Esquema dos domínios e itens do WHOQOL-100 (Cazzorla, et al., 2012).

Domínios e Facetas do WHOQOL

Domínio I - domínio físico

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga

3. Sono e repouso

Domínio II - domínio psicológico

4. Sentimentos positivos

5. Pensar, aprender, memória e concentração

6. Autoestima

7. Imagem corporal e aparência

8. Sentimentos negativos

Domínio III - nível de independência

9. Mobilidade

10. Atividades da vida cotidiana

11. Dependência de medicação ou de tratamentos

12. Capacidade de trabalho

Domínio IV - relação sociais

13. Relações pessoais

14. Suporte (apoio) social

15. Atividade sexual

Domínio V - meio ambiente

16. Segurança física e proteção

17. Ambiente no lar

18. Recursos financeiros

19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade

20. Oportunidades de adquirir novas informações e
habilidades

21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer

22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)

23. Transporte

Domínio VI - aspetos espirituais/religião/crenças pessoais

24. Espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais

Figura 5. Domínios e Itens do instrumento WHOQOL traduzidos para língua portuguesa (Fleck, et al., 2000).

As perguntas são respondidas através de quatro tipos de escalas, conforme o tipo de questão: capacidade, frequência, avaliação, intensidade (Fleck, et al., 2000). *Figura 6.*

F1.2 Preocupa-se com as suas dores ou desconforto (físicos)?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

F1.3 Em que medida é difícil para si suportar alguma dor ou desconforto?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

F1.4 Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

F2.2 Até que ponto se cansa com facilidade?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

Figura 6. Exemplo do questionário WHOQOL-100 (OMS).

O indivíduo é ensinado a responder com um círculo a volta do número que melhor representa a sua resposta. A mesma deve ser pensada usando como referência a sua experiência, hábitos, alegrias e preocupações das duas últimas semanas (The WHOQOL Group, 1995).

Entretanto em relação à aplicabilidade clínica o WHOQOL-100, com os seus 25 itens e 100 perguntas, pode ser considerado extenso. A necessidade de um instrumento mais pequeno, o qual exija menos tempo para responder, mas que não haja perda de conteúdo para uma correta avaliação da QdV, fez com que o Grupo responsável pelo instrumento WHOQOL-100, desenvolvesse o WHOQOL-Bref, uma versão abreviada do primeiro (Fleck, et al., 2000).

2.2 The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref)

Diferente do original, o WHOQOL-*Bref* possui 26 questões, sendo duas gerais, sobre qualidade de vida e as subsequentes representam cada uma dos 24 itens do WHOQOL-100. Ao passo que o original tinha 4 perguntas para cada item, o questionário abreviado possui apenas uma pergunta por item (The WHOQOL Group, 1995; Fleck, et al., 2000).

Para determinar que questões fariam parte do WHOQOL-*bref*, foram considerados critérios conceituais e psicométricos. A partir dos critérios selecionados e através de uma análise fatorial dos resultados obtidos nos domínios do instrumento original, foram então selecionados 4 domínios para constar no WHOQOL-*bref*, sendo eles: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O instrumento na versão portuguesa foi satisfatório e fidedigno relativamente ao original quando avaliado em teste de campo (Fleck, et al., 2000). *Figura 7.*

Domínios e Facetas do WHOQOL

Domínio I - domínio físico

1. Dor e desconforto
 2. Energia e fadiga
 3. Sono e repouso
 10. Atividades da vida cotidiana
 11. Dependência de medicação ou de tratamentos
 12. Capacidade de trabalho
-

Domínio II - domínio psicológico

4. Sentimentos positivos
 5. Pensar, aprender, memória e concentração
 6. Autoestima
 7. Imagem corporal e aparência
 8. Sentimentos negativos
 24. Espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais
-

Domínio III - relação sociais

13. Relações pessoais
 14. Suporte (apoio) social
 15. Atividade sexual
-

Domínio IV - meio ambiente

16. Segurança física e proteção
 17. Ambiente no lar
 18. Recursos financeiros
 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
 21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
 22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
 23. Transporte
-

Figura 7 - Domínios e Itens do WHOQOL-bref (Fleck, et al.,2000).

Com o propósito de avaliar QdV por meio do instrumento WHOQOL-*bref* e realizar uma avaliação da motricidade orofacial, o estudo de Olchik, Ayres, & Presotto (2013) selecionou uma amostra de 41 indivíduos com mais de 50 anos. Os participantes foram divididos em grupos conforme o tipo de prótese que utilizavam e a média de idade variou entre 68,67 a 72,71 anos. A partir dos resultados obtidos através do WHOQOL-*bref*, que avalia os domínios: *psicológico*; *relação social*; *meio ambiente e físico*; o grupo dos indivíduos portadores de prótese total removível superior e inferior apresentaram um maior impacto em relação aos domínios *psicológico*, *meio ambiente e físico*. O grupo dos portadores de prótese total removível superior e prótese parcial removível inferior ou prótese parcial removível superior e prótese total removível inferior obtiveram uma maior pontuação no domínio *relações sociais* (Olchik, Ayres, & Presotto, 2013).

3. Como medir qualidade de vida em saúde oral

Além dos indicadores clínicos já utilizados, percebeu-se a necessidade do desenvolvimento de instrumentos específicos para o estudo da QdV em saúde oral. A autopercepção do indivíduo sobre o tema é um importante factor que influencia no desenvolvimento de programas preventivos e educativos na medicina dentária (Silva & Fernandes, 2001).

Através de vários instrumentos, a Medicina Dentária procura explorar os reflexos das percepções dos pacientes em diversos cenários (Pires, 2009). *Tabela 1.*

Tabela 1. Instrumentos para avaliar Qualidade de Vida na Saúde Oral por ordem cronológica (Pires, 2009).

1986	The Social Impact of Dental Disease (SIDD)	<i>Cushing, Sheiham & Maizels</i>
1990	Index of Chewing Ability (ICA)	<i>Leake</i>
1990	The Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)	<i>Atchison & Dolan</i>

1991	Rand Dental Questions	<i>Dolan</i>
1993	The Dental Impact Profile (DIP)	<i>Strauss</i>
1994	Oral Health Impact Profile (OHIP)	<i>Slade & Spencer</i>
1994	Subjective Oral Health Status Indicators (SOHSI)	<i>Locker & Miller</i>
1994	Oral Health Quality of Life Inventory	<i>Cornell</i>
1996	The Dental Impact on Daily Living (DIDL)	<i>Leão & Sheiham</i>
1997	Oral Health-Related Quality of Life Measure (OHQOL)	<i>Kressin</i>
1997	The Sickness Impact Profile (SIP)	<i>Gilson et al, 1975; Reisine 1997</i>
1997	Oral Impacts on Daily Performances (OIDP)	<i>Adulyanon & Sheiham</i>
1998	The Shortened Dental Arch (SDA)	<i>Elias & Sheiham</i>

3.1 Perfil do Impacto da Saúde Oral (Oral Health Impact Profile - OHIP)

O instrumento OHIP – “Perfil do Impacto da Saúde Oral”, em português, é o índice mais utilizado internacionalmente para avaliar QdVRSO (Afonso, Silva, Meneses, & Frias-Bulhosa, 2017). Este possui ótima qualidade psicométrica e permite uma boa medição da autopercepção do indivíduo relativamente à sua condição oral (Slade & Spencer, 1994; Slade, 1997).

Fundamentado no “International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps” (ICIDH), realizado pela World Health Organization (WHO) no ano de 1980, o OHIP foi adaptado por Locker para um contexto em saúde oral, permitindo assim numa indagação, a recolha de informações sobre os impactos negativos na QdVRSO (Slade, 1997).

Inicialmente o OHIP foi desenvolvido com 49 perguntas (OHIP-49) *Tabela 2.* (Pommer, 2013).

Tabela 2. Domínios e perguntas do instrumento OHIP-49 (Pommer, 2013).

Os 49 itens do OHIP organizados em 7 domínios
LIMITAÇÃO FUNCIONAL
Já sentiu dificuldade em mastigar algum alimento devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
Já teve problemas para pronunciar alguma palavra devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
Já notou algum dente que não parece certo?
Já sentiu que a sua aparência foi afetada devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
Tem sentido que a sua respiração ficou seca devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
Já sentiu que o seu paladar piorou devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
Já teve comida presa nos dentes ou próteses?
Já sentiu que a sua digestão piorou por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses?
Já sentiu que as suas próteses não estavam encaixando devidamente?
DOR FÍSICA
Já teve dores na boca?
Já sentiu dores nos maxilares?
Já teve dores de cabeça devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
Já teve dentes sensíveis, por exemplo, devido a alimentos ou bebidas quentes ou frias?
Já teve dor de dente?
Já teve gengivas doloridas?
Já sentiu desconfortável comer algum alimento devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
Já sentiu dor em algum lugar específico da boca?
Já sentiu que as próteses estavam desconfortáveis?
DESCONFORTO PSICOLÓGICO

Tem se preocupado com problemas dentários?
Já se sentiu tímido por causa dos seus dentes, boca ou próteses?
Problemas dentários deixaram você infeliz?
Tem sentido desconfortável com a aparência de seus dentes, boca ou próteses?
Já se sentiu tenso devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
INABILIDADE FÍSICA
Sua fala não ficou clara devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
As pessoas não entenderam algumas de suas palavras devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
Sentiu menos sabor em sua comida devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
Não conseguiu escovar os dentes apropriadamente devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
Já teve que evitar comer alguns alimentos devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
Sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
Já se sentiu incapaz de comer com suas próteses devido a problemas com ela(s)?
Já evitou sorrir devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
Já teve que interromper as refeições devido a problemas nos seus dentes, boca ou próteses?
INABILIDADE PSICOLÓGICA
O seu sono já foi interrompido devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
Tem estado chateado devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
Achou difícil relaxar devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
Já se sentiu deprimido devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
Sua concentração foi afetada devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
Tem se sentido um pouco envergonhado devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
INABILIDADE SOCIAL
Já evitou sair por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses?
Se sentiu menos tolerante com seu cônjuge ou família por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses?

Já teve problemas para se relacionar com outras pessoas devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
Já ficou um pouco irritado com outras pessoas devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
Já teve dificuldades em fazer suas atividades habituais devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
INCAPACIDADE
Já sentiu que sua saúde geral piorou devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
Já sofreu alguma perda financeira devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
Já se sentiu incapaz de desfrutar da companhia das pessoas devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
Já sentiu que a vida em geral era menos satisfatória por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses?
Já se sentiu incapaz de realizar qualquer tarefa devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?
Já se sentiu incapaz de trabalhar em sua capacidade total devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?

3.2 Perfil do Impacto da Saúde Oral (OHIP-14 – formato reduzido)

Em 1997 o instrumento foi abreviado para 14 perguntas (OHIP-14) por Slade, o qual desenvolveu o OHIP-*short form* (formato reduzido) utilizando uma análise de regressão num estudo com pacientes com mais de 60 anos. (Afonso, Silva, Meneses, & Frias-Bulhosa, 2017).

A versão reduzida tem o intuito de avaliar o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos pacientes, através de 14 perguntas distribuídas em 7 domínios, sendo eles: *limitação funcional; dor física; desconforto psicológico; inabilidade física; inabilidade psicológica; inabilidade social e incapacidade* (Slade, 1997).

São feitas duas perguntas em cada domínio, sendo estas arranjadas de modo a que os participantes apontem, através de uma escala tipo Likert com cinco categorias de resposta,

a frequência com que ocorreram num período de 12 meses, cada um dos problemas questionados (Afonso, Silva, Meneses, & Frias-Bulhosa, 2017). *Tabela 3.*

Tabela 3. Domínios e perguntas do instrumento OHIP-14 (formato reduzido) (Afonso, Silva, Meneses & Frias-Bulhosa, 2017).

OHIP-14 Formato reduzido	
DIMENSÃO	QUESTÃO
LIMITAÇÃO FUNCIONAL	1. Tem tido problemas em pronunciar algumas palavras devido a problemas com dentes, boca ou prótese(s)?
	2. Tem notado que o sentido do paladar tem piorado devido a problemas com os dentes, boca ou prótese(s)?
DOR FÍSICA	3. Tem tido muitas dores na boca?
	4. Tem sentido desconforto ao comer quaisquer alimentos devido a problemas com os dentes, boca ou prótese(s)?
DESCONFORTO PSICOLÓGICO	5. Tem sentido complexos devido a problemas com os dentes, boca ou prótese(s)?
	6. Tem-se sentido tenso ou ansioso devido a problemas com os dentes, boca ou prótese(s)?

INABILIDADE FÍSICA	7. A sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com os dentes, boca ou prótese(s)?
	8. Tem sido obrigado a interromper as refeições devido a problemas com os dentes, boca ou prótese(s)?
INABILIDADE PSICOLÓGICA	9. Tem descoberto dificuldade em relaxar devido a problemas com os dentes, boca ou prótese(s)?
	10. Tem-se sentido algo embaraçado devido a problemas com os dentes, boca ou prótese(s)?
INABILIDADE SOCIAL	11. Tem-se irritado um pouco com outras pessoas devido a problemas com os dentes, boca ou prótese(s)?
	12. Tem tido dificuldade em cumprir suas tarefas habituais devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese(s)?
INCAPACIDADE	13. Tem-se sentido menos satisfeito com a vida em geral devido a problemas com os dentes, boca ou prótese(s)?
	14. Tem sido de todo impossível funcionar devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese(s)?

O resultado é dado através de valores ordinais atribuídos para os seguintes itens: 0 = “nunca”; 1 = “quase nunca”; 2 = “às vezes”; “3 = “quase sempre”; 4 = “sempre”. O

questionário avalia a condição das próteses através das dimensões: física, psicológica ou social (Slade, 1997).

O estudo observacional transversal de Afonso, Silva, Meneses, & Frias-Bulhosa (2017) com uma amostra de 180 pacientes, com idades compreendidas entre os 18 e os 93 anos, teve como objetivo contribuir para a adaptação do OHIP-14 para a população portuguesa. Após analisados os resultados, observou-se que a versão adaptada obteve boas qualidades psicométricas (fidelidade, validade e sensibilidade) e qualidades clinimétricas (economia, interpretabilidade, adequabilidade, apropriabilidade).

Para realizar a versão portuguesa, foi necessário um processo que envolveu a tradução para o idioma escrito e falado por três tradutores, que deveriam dominar o inglês, mas ter a língua portuguesa como língua mãe. Após realizadas as três traduções, estas foram comparadas para por fim elaborar uma versão final consensual (Guimarães, et al., 2013; Afonso, et al., 2017).

Com o intuito de validar o instrumento OHIP-14 em Espanha (Granada), foi realizado um estudo com 270 pacientes. A pesquisa obteve como resultado maior prevalência do domínio *desconforto psicológico*, seguido de *limitação funcional*, *dor física*, *inabilidade psicológica*, *inabilidade física*, *inabilidade social* e *incapacidade*. Observaram também influência da *dor física* e do *desconforto psicológico* tanto no grau de satisfação como no impacto na QdVRSO. Os autores concluíram que o OHIP-14 é um instrumento preciso, confiável e de alta credibilidade (Montero-Martin, et al., 2009).

3.3 Perfil do Impacto da Saúde Oral (OHIP – Edent)

Allen & Locker (2002) desenvolveram uma versão do instrumento OHIP direcionada para pacientes com ausência total dos dentes. Este questionário intitulado “OHIP-EDENT” contém 19 perguntas distribuídas por sete domínios, procurando-se investigar: *limitação funcional*; *dor física*; *desconforto psicológico*; *inabilidade física*; *inabilidade psicológica*; *inabilidade social* e *incapacidade*. Tabela 4.

Tabela 4. Domínios e perguntas do instrumento OHIP-Edent (Retirado de Silva, 2017)

OHIP-EDENT
Quantas vezes você tem os seguintes problemas por causa do uso de sua(s) prótese(s)?

DIMENSÃO	QUESTÃO
LIMITAÇÃO FUNCIONAL	1. Já teve dificuldades ao mastigar alguns alimentos por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses?
	2. Já teve comida presa nos seus dentes ou próteses?
	3. Já sentiu que suas próteses não estão se adaptando apropriadamente?
DOR FÍSICA	4. Já teve alguma dor muito forte na sua boca?
	5. Já sentiu algum desconforto ao comer alguns alimentos por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses?
	6. Tem pontos doloridos na sua boca?
	7. Tem tido próteses desconfortáveis?
DESCONFORTO PSICOLÓGICO	8. Tem estado preocupado(a) por causa de problemas dentários?
	9. Tem sido auto-consciente por causa de problemas com seus dentes, boca ou prótese(s)?
INABILIDADE FÍSICA	10. Já teve que evitar comer alguns alimentos por causa de problemas com seus dentes, boca ou prótese(s)?
	11. Foi incapaz de comer com suas próteses por causa de problemas com elas?
	12. Já teve que interromper refeições por causa de problemas com seus dentes, boca ou prótese(s)?
INABILIDADE PSICOLÓGICA	13. Tem ficado chateado por causa de problemas com seus dentes, boca ou prótese(s)?
	14. Tem se sentido um pouco constrangido por causa de problemas com seus dentes, boca ou prótese(s)?
INABILIDADE SOCIAL	15. Tem evitado de sair por causa de problemas com seus dentes, boca ou prótese(s)?
	16. Tem sido menos tolerante com seu (sua) esposo (a) ou família por causa de problemas com seus dentes, boca ou prótese(s)?
	17. Tem estado um pouco irritado com as outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, boca ou prótese(s)?
INCAPACIDADE	18. Tem sido incapaz de aproveitar a companhia de outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, boca ou prótese(s)?
	19. Já sentiu que a vida em geral foi menos satisfatória por causa de problemas com seus dentes, boca ou prótese(s)?

Para desenvolver essa versão específica, a redução das questões foi realizada a partir do OHIP-49. O instrumento para pacientes desdentados totais, mostrou ser capaz de identificar mudanças quando comparado a indivíduos desdentados parciais, apresentando então, ótimas qualidades psicométricas semelhantes ao original (Allen & Locker, 2002).

O instrumento OHIP-EDENT, pode ser aplicado antes e/ou depois da reabilitação protética do paciente. Nele existem questões relacionadas com: o prazer de comer, a confiança do portador de prótese, a capacidade mastigatória, o nível de conforto com a(s) prótese(s) e o relacionamento interpessoal (Allen & Locker, 2002).

Para responder ao questionário, o paciente deve basear-se em, 12 meses de sua experiência. Existe também a possibilidade de responder “não sei” a cada uma das questões e a opção “não aplicável” em três perguntas, associadas com problemas de utilização da(s) prótese(s) (Allen & Locker, 2002).

Existe uma variabilidade substancial entre os diferentes subtipos do instrumento OHIP, o que acarreta uma maior dificuldade na comparação de estudos que utilizem um ou outro subtipo do questionário OHIP. Afim de obter resultados fidedignos sobre o impacto na QdVRSO, é necessário um conhecimento maior sobre qual a melhor indicação no uso de cada um (Pommer, 2013).

3.4 Índice de Determinação de Saúde Oral Geriátrica (Geriatric Oral Assessment Index – GOHAI)

Os autores Atchison e Dolan desenvolveram em 1990 num centro de saúde de Los Angeles, Estados Unidos da América através de um estudo piloto em idosos com mais de 65 anos de idade, a primeira versão do instrumento GOHAI (Geriatric Oral Assessment Index). Este questionário foi desenvolvido especificamente para a população idosa com o objetivo de avaliar os problemas funcionais, psicológicos e sociais relacionados com alterações de saúde oral e reduzir os efeitos subjectivos da sua autopercepção sobre a QdVRSO. Os participantes do estudo tinham em média 76 anos (67% do sexo feminino e 60% sentiam necessidade de tratamento oral. (Atchison & Dolan, 1990).

Desde a sua primeira versão, o GOHAI tem sido traduzido e validado em diversos países como: Canadá, Espanha, Portugal, China, França, Alemanha entre outros (Atchison & Dolan, 1990; Locker & Allen, 2007; Pinzón-Pulido & Gil-Montoya, 2009).

O instrumento em português denominado “Índice de Determinação da Saúde Oral Geriátrica” é constituído por 12 perguntas que abordam 3 subdomínios: *limitações físicas/funcionais; dor/desconforto; limitações psicossociais/psicológicas dos indivíduos*; Para cada pergunta existem três opções de respostas com as devidas pontuações: “sempre = 1”; “algumas vezes = 2”; “nunca = 3”, sendo estas respostas realizadas no formato escala tipo Likert (Atchison & Dolan, 1990; Rosendo, et al., 2017).

O índice GOHAI é feito de forma a avaliar sinais e sintomas dos doentes com problemas oro-funcionais como: desconforto, dor e a perda das funções orais. Através da utilização do instrumento a funcionalidade de um indivíduo idoso é analisada, considerando a sua rotina, forma como o mesmo compreende o seu bem-estar (Locker & Allen, 2007; Rosendo, et al., 2017).

Após a soma da pontuação atribuída para cada questão, é determinado o índice, podendo o valor de cada indivíduo variar entre 12 e 36. Quanto maior a pontuação obtida melhor a QdVRSO. É considerado alto o índice com pontuação de 34 a 36; moderada com pontuação de 31 a 33 e baixa igual ou inferior a 30. Para responder ao instrumento o inquirido deve ter como referência os três últimos meses anteriores ao questionário (Silva, Sousa & Wada, 2005; Rosendo, et al., 2017). *Tabela 5.*

Tabela 5 – Índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica (Rosendo, et al., 2017)

ÍNDICE GOHAI
<i>(Geriatric Oral Health Assessment Index – Índice de Avaliação da Saúde Bucal Geriátrica)</i>
1 - Limitou o tipo e quantidade de alimentos que come devido a problemas com seus dentes ou próteses?
2 - Teve problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne sólida ou maçã?
3 - Foi capaz de engolir confortavelmente?
4 - Seus dentes ou próteses o impediram de falar da maneira como queria?
5 - Foi capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto?

6 - Limitou seus contatos com outras pessoas devido às condições de seus dentes ou próteses?
7 - Sentiu-se contente ou feliz com o aspeto de seus dentes ou próteses?
8 - Usou medicamentos para aliviar dor ou desconforto relativo à boca?
9 - Preocupou-se com seu sorriso ou teve cuidados com seus dentes, gengivas ou próteses?
10 - Sentiu-se incomodado/ nervoso ou tomou consciência de problemas com seus dentes, gengivas ou próteses?
11 - Sentiu desconforto ao alimentar-se frente a outras pessoas devido a problemas com seus dentes ou próteses?
12 - Teve sensibilidade nos dentes ou gengiva ao contato com calor, frio ou doces?

4. Autopercepção da QdVRSO do portador de prótese removível

O conceito de saúde possui um caráter subjetivo e a autopercepção sobre a sua QdVRSO é exemplo disso, bem como a influência do espaço social, as suas experiências pessoais sobre a sua saúde e doença, o meio em que vive, a sua cultura, normas sociais e conhecimentos disponíveis. A saúde é estruturada e vivenciada pelas pessoas a partir daquilo que fazem na sua rotina, onde trabalham, estudam e entretêm-se (Portillo & Paes, 2000).

De modo geral os pacientes utilizam parâmetros distintos para classificar a sua saúde oral quando comparados com o exame do médico dentista, atribuindo assim um valor positivo à mesma. Esse contraste mostra que os indivíduos levam apenas em conta incômodos, situações de dor, fatores estéticos, problemas de ordem funcional (mastigação) e social consequentes da sua condição oral, para fazer uma autoavaliação. (Pires, 2009; Hiramatsu, Franco, & Tomita, 2006). Por outro lado o médico dentista, tende a determinar a condição clínica do paciente pela ausência ou presença de doença. (Hiramatsu, Franco, & Tomita, 2006).

Para o paciente idoso, a autopercepção da QdVRSO é afetada pela crença de que algumas dores e incapacidades são naturais e inevitáveis ao envelhecimento, além de considerar também valores pessoais na sua QdV, o que consequentemente subestima a sua condição oral (Kiyak, 1993; Nunes & Abegg, 2008).

Alguns fatores subjetivos como a capacidade de sorrir, mastigar ou falar sem dificuldades, também são frequentemente levados em consideração pelos pacientes ao determinar a influência da sua condição oral na QdV. Outras características como idade, rendimento, sexo e classe social também parecem influenciar na autopercepção do paciente (Reisine & Bailit, 1980; Slade & Spencer, 1994).

Além disso, mesmo em países com reforço na assistência aos idosos, através de programas de saúde oral, ainda existe alta prevalência da não procura ao serviço médico dentário por parte dos idosos, em função destes não perceberem as suas reais necessidades (Kiyak, 1993).

Menos de metade da população portuguesa (31,6%) nunca visitam o médico dentista ou apenas fazem em caso de urgência, sendo que desta parcela, 65,3% afirmam não sentir necessidade de procurar atendimento médico dentário (OMD, 2019).

A autopercepção também sofre forte influência do número de dentes presentes na sua cavidade oral, ou seja, a perda dentária e os dentes remanescentes são importantes determinantes para a percepção subjetiva da saúde oral (Steele, 1997). Idosos com melhor autopercepção de QdVRSO apresentam clinicamente a presença de mais de vinte dentes em boca (Ekanayake & Perera 2005). Em Portugal, 48,6% da população com falta de dentes naturais não tem dentes de substituição, enquanto 41,4% são portadores de próteses removíveis. (OMD, 2019).

Silva, et al., (2010) avaliou com o seu estudo o impacto da perda dentária na qualidade de vida dos pacientes desdentados, através do OHIP-14. Os resultados mostram que os domínios *inabilidade psicológica*, seguido de *inabilidade física* e *dor*, foram os de maior impacto na QdV dos pacientes avaliados. Em contrapartida a perda dentária dos indivíduos não mostrou um impacto significativo em relação à *inabilidade social*. O estudo conclui que ainda que as próteses removíveis estejam inadequadas esta condição não afeta de forma negativa as atividades diárias e a relação com outros indivíduos (Silva, Villaça, Magalhães & Ferreira, 2010).

O tipo de prótese removível utilizada para reabilitação oral pode influenciar os parâmetros subjetivos do impacto na QdV dos pacientes (Beloni, Vale & Takahashi, 2014). Os autores realizaram um estudo com o objetivo de avaliar qualidade de vida e grau de satisfação de pacientes portadores de novas próteses totais e parciais removíveis,

através do instrumento OHIP-Edent e VAS, respetivamente. O estudo identificou uma melhor percepção dos portadores de prótese total em relação a estabilidade e função mastigatória (Beloni, Vale & Takahashi, 2014).

Segundo os autores Silva, et al. (2016) um estudo também com o objetivo de avaliar grau de satisfação (VAS) e impacto na QdV com as novas próteses confeccionadas (OHIP-14), recolheu informações de 63 pacientes (portadores de próteses fixas, parciais e totais removíveis). Os resultados obtidos mostraram que independentemente do tipo de prótese o grau de satisfação, bem como o impacto na QdVRSO foi positivo. Em relação ao domínio *limitação física* os portadores de prótese parcial removível apresentaram maior impacto quando comparados aos portadores de prótese fixa. Contudo o tipo de prótese não influenciou na satisfação em relação a estética do sorriso, capacidade mastigatória e fonética. Os pacientes apresentaram maior satisfação com as próteses durante sua confecção quando comparado a avaliação feita nas consultas de follow-up (Silva, et al., 2016).

Num estudo composto por uma amostra de 50 indivíduos acima de 60 anos, Guimarães, et al., (2013) avaliou o impacto do uso de prótese total removível na QdV dos pacientes, através do OHIP-14. Os resultados obtidos mostram que 92% e 76% dos inquiridos não se sentiam totalmente incapazes em relação a obrigações diárias ou não relataram que a vida tornou-se menos satisfatória em função do uso de prótese total, respetivamente. Entretanto 24% relatou desconforto ao comer e 12% dificuldade em relaxar, problemas na pronúncia de palavras, necessidade de interromper refeições e alteração para dieta insatisfatória em função da(s) prótese(s). O uso de prótese total influencia na QdV dos idosos, sendo a *dor física* a dimensão de maior impacto registrado e *inabilidade social* e *incapacidade* as dimensões de menor pontuação, ou seja, menor impacto na QdV (Guimarães, et al., 2013).

Um estudo com uma amostra de 30 pacientes desdentados totais, com a finalidade de avaliar o impacto na qualidade de vida com as novas próteses totais removíveis confeccionadas, através do OHIP-Edent e grau de satisfação com as próteses através da Escala Analógica Visual (VAS), obteve como resultado maior impacto na QdV nos domínios: *limitação funcional* e *dor física*; enquanto o domínio com menor pontuação correspondeu a *inabilidade social* (Silva, 2017).

Pessetti (2015), com o propósito de também avaliar grau de satisfação através da VAS e impacto das próteses confeccionadas na qualidade de vida dos pacientes através do OHIP-14, 41 pacientes (portadores de próteses fixas, parciais e totais removíveis), foram avaliados. Os resultados mostraram que as novas próteses proporcionaram um impacto positivo na QdV dos pacientes, com as dimensões de maior impacto sendo: *dor física e desconforto psicológico*, enquanto que *incapacidade* foi a dimensão de menor pontuação, ou seja, menor impacto na qualidade de vida (Pessetti, 2015).

Pires (2009), desenvolveu uma pesquisa afim de avaliar a relação entre as condições de saúde oral e a QdV de indivíduos idosos. A amostra foi composta por 359 participantes, os quais responderam ao instrumento OHIP-14. Os resultados obtidos mostraram que de forma geral os indivíduos fazem uma avaliação positiva da sua condição oral quando comparado com o exame clínico realizado no estudo (54% dos indivíduos qualificaram sua condição oral como “boa” ou “excelente”, mesmo apresentando sinais clínicos de doença periodontal). Em relação ao uso de prótese, os indivíduos que afirmaram ter uma “má” saúde oral (58%) não utilizavam nenhuma prótese, enquanto 22% eram portadores de prótese parcial removível e 20% prótese total removível. O grupo que avaliou sua condição oral como “razoável”, 40% não possuía qualquer tipo de prótese; 29% era usuário de prótese parcial e 31% prótese total removível. Os pacientes não portadores de nenhuma prótese autoavaliaram-se com uma pior saúde oral, enquanto os sem necessidade de reabilitação consideraram a sua saúde oral melhor do que os portadores de prótese. Além disso, o indivíduo reabilitado cria uma maior expectativa pessoal e/ou cultural de saúde oral em comparação aos indivíduos que não necessitam de tratamento (Pires, 2009).

O comportamento do paciente é condicionado pela importância que o mesmo tem sobre sua percepção de saúde oral. Aspectos como saúde cognitiva, emocional e física são incorporados no estado de saúde do indivíduo e na sua autopercepção de QdVRSO (Silva & Fernandes, 2001).

Em relação à medição da autopercepção dos pacientes idosos sobre sua condição oral, através da utilização do Índice GOHAI, existem diferenças significativas quando fatores como género, estado civil e principalmente a necessidade de prótese, são levados em consideração. O facto do paciente necessitar de uso de prótese pode ter maior

influência na forma como o paciente percebe a sua condição oral, do que a sua escolaridade e idade (Rosendo, et al., 2017).

Um estudo realizado com o objetivo de avaliar QdVRSO em portadores de prótese parcial removível e identificar complicações causadas pelas próteses, avaliou 65 pacientes, 83 próteses parciais removíveis (48 superiores e 35 inferiores). A QdVRSO foi avaliada através do OHIP-49 antes do tratamento, 1 a 2 meses após da colocação da prótese (grupo base) e 1 a 5 anos após a reabilitação (follow-up). Os resultados obtidos mostraram que o tratamento com prótese parcial removível bem como complicações funcionais observadas após o tratamento reabilitador tem impacto na QdV do paciente, sendo fundamental informar os pacientes sobre o que se esperar com este tipo de tratamento (Al-Imam, et al., 2016).

III. CONCLUSÃO

Ao avaliar o conceito de qualidade de vida que está em constante evolução, observa-se o vínculo do mesmo ao ganho na expectativa de vida da população. Quando se trata da população idosa, o envelhecimento mostra-se uma das principais condições naturais que sofre influência de diversos fatores e altera a qualidade de vida percebida pelo indivíduo.

A avaliação da QdV é um importante factor a ser levado em consideração no planeamento de saúde em geral. Quando se trata da QdVRSO, o planeamento feito com próteses removíveis impacta de forma direta na autopercepção do indivíduo portador ou não de prótese.

Para medir o impacto e autopercepção sobre a QdVRSO do portador de prótese removível uma série de instrumentos ao longo dos anos puderam ser experimentados e validados. Entre eles o Índice de Determinação de Saúde Oral Geriátrica (GOHAI) e o Perfil de Impacto na Qualidade de Vida (OHIP), foram considerados eficazes na análise de QdVRSO.

Em relação às respostas dadas em ambos os questionários aplicados na literatura, os indivíduos mostram uma autopercepção mais favorável quando comparada ao exame profissional, pois só consideram má condição oral em situações de dor e desconforto, problemas estéticos e mastigatórios. De maneira geral os estudos mostram que a interação social tem baixo impacto na qualidade de vida do indivíduo. Em contrapartida o profissional leva em consideração a ausência ou presença de doenças sejam elas sintomáticas ou assintomáticas.

Outros fatores influenciam na autopercepção do indivíduo em relação a sua QdVRSO como: fatores culturais, espaço social, experiências prévias, meio em que vive, conhecimento disponível. Essas características não devem ser negligenciadas pelo profissional, considerando um planeamento a cada caso e as expectativas que o paciente cria em relação ao seu tratamento.

Portanto, conhecer a percepção dos idosos sobre sua condição oral é o passo inicial para um correto planeamento e programação em Medicina Dentária reabilitadora. O indivíduo portador de prótese deve ser considerado na sua integralidade e

multidisciplinarietà, reafirmando a importância da educação, promoção e prevenção em saúde oral. Por consequência o tratamento reabilitador com prótese removível deve ser uma opção de tratamento que visa não só a melhora clínica do paciente, mas também a melhora na sua qualidade de vida.

Bibliografia

- Afonso, A., Silva, I., Meneses, R., & Frias-Bulhosa, J. (2017). Qualidade de vida relacionada com a saúde oral: Validação portuguesa de OHIP-14. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), pp. 374-388. doi:<http://dx.doi.org/10.15309/17psd180208>
- Al-Imam, H., Özhayat, E., Benetti, A., Pedersen, A., & Gotfredsen, K. (2016). Oral health-related quality of life and complications after treatment with partial removable dental prosthesis. *Journal of Oral Rehabilitation*, 43, pp. 23-30. doi:10.1111/joor.12338
- Allen, F., & Locker, D. (2002). A modified short version of the oral health impact profile for assessing health-related quality of life in edentulous adults. *The International Journal of Prosthodontics*, 15.
- Allison, P., Locker, D., & Feine, J. (1997). Quality of life: a dynamic construct. *Soc Sci Med*, 45, pp. 221-30.
- Atchison, K., & Dolan, T. (1990). Development of the geriatric oral health assessment index. *J Dent Educ*, pp. 680-91.
- Baltes, P. B. (1991). The many faces of the human ageing: toward a psychological culture of old age. *Psychol Med*, 21(4), pp. 837-54.
- Beloni, W. B., Vale, H. F., & Takahashi, J. M. (2014). Avaliação do grau de satisfação e qualidade de vida dos portadores de prótese dental. *RFO*, 18(2), pp. 160-164, maio/ago. <http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v18i2.3255>
- Bijjargi, S., & Chowdhary, R. (2013). Geriatric dentistry: is rethinking still required? A community-based survey in Indian population. *Gerodontology*, 30(4), pp. 247-253.

- Bowling, A. (1995). The most important thing in life. Comparison between older and younger populations age group by gender. Results from national survey of the public's judgement. *International Journal of Health Sciences*, 6(12), pp. 169-175.
- Cazzorla, C., Rizzo, M. d., Burgard, P., Zanco, C., Bordugo, A., Burlina, A. B., & Burlina, A. P. (May de 2012). Application of the WHOQOL-100 for the assessment of quality of life of adult patients with inherited metabolic diseases. *Molecular Genetics and Metabolism*, 106, 25-30. <https://doi.org/10.1016/j.yimgme.2012.02.008>
- Ekanayake, L., & Perera, I. (2005). Factors associated with perceived oral health status in older individuals. *Int Dent J*, 1, pp. 31-7.
- Elias, A., & Sheiham, A. (1999). The relationship between satisfaction with mouth and number, position and condition of teeth: studies in Brazilian adults. *J Oral Rehabil*, 26, pp. 53-71.
- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality of life WHOQOL-bref. *Revista de Saude Publica*, 34(2), pp. 178-83. doi:10.1590/s0034-89102000000200012
- Fueki, K., Ohkubo, C., Yatabe, M., Arakawa, I., Arita, M., & Ino, S. (2014). Clinical application of removable partial dentures using thermoplastic resin-part I: definition and indication of non-metal clasp dentures. *J Prosthodont Res*, 58, pp. 3-10. doi: 10.1111/joor.12494
- Galhardo, A., Mukai, M., Mori, M., Gil, C., & Laganá, D. (2008). Reabilitação oral por meio de prótese parcial removível associada à Barra de Dolder: uma visão interdisciplinar. *Rev pos Grad*, 15, 71-6.
- Gonçalves, L., Bezerra Jr., J., Benatti, B., & Santana, I. (2011). Improving the esthetic replacement of missing anterior teeth: interaction between periodontics and a rotational path removable partial denture. *Gen Dent*, 59, pp. 190-194.

- Guimarães, M. B., Rocha, F. R., Bueno, R. S., Blaya, M. B., & Hikarata, L. M. (2013). Impact of the use of complete dentures on the quality of life of elderly. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 5(1), pp. 31-38. doi:10.3895/s2175-08582013000100004
- Hiramatsu, D., Franco, L., & Tomita, N. (2006). Influência da aculturação na autopercepção dos idosos quanto à saúde bucal em uma população de origem japonesa. *Cad Saúde Pública*, 11, pp. 2441-8.
- Hurley, S. F., Bond, L. M., Carlin, J. B., Evans, D. B., & Kaldor, J. M. (1995). A method for estimating baseline health care costs. *J Epidemiol Community Health*, 49(5), pp. 525-31.
- Irigaray, T. Q., & Trentini, C. M. (2008). Quality of Life in elderly women: the importance of the subjective dimension. *Estudos de Psicologia*, 26(3), pp. 297-304.
- Kalache, A. (2008). The World is Ageing: a pact of social solidarity is an imperative. Programa de Envelhecimento e Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), pp. 1107-1111.
- Kalache, A., Vera, R. P., & Ramos, L. R. (1987). O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, 21(3), pp. 200-210.
- Kiyak, H. (1993). Age and culture: influences on oral health behavior. *Int Dent Journal*, 43, pp. 9-16.
- Koshino, H., Hirai, T., Ishijima, T., Tsukagoshi, H., Ishigami, T., & Tanaka, Y. (2006). Quality of life and masticatory function on denture wearers. *J Oral Rehabil*, 33(5) pp. 323-329.
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*, 23, pp. 349-357.
- Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elderly. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*, pp. 3-27.
- Locker, D., & Allen, F. (2007). What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community Dent Oral Epidemiol*, 4, pp. 401-52.

- Medeiros, J. J., Rodrigues, L. V., Azevedo, A. C., Lima Neto, E. d., Machado, L. d., & Valença, A. G. (2012). Edentulismo, uso e necessidade de prótese e fatores associados em municípios do nordeste brasileiro . *Pesq Bras Odontoped Clin Integr João Pessoa*, 12(4), pp. 573-78, out./dez. doi: 10.4034/PBOCI.2012.124.20
- Minayo, M. d., Hartz, Z. M., & Buss, P. M. (2000). Quality of Life and Health: a necessary debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), pp. 7-18. Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, Função Oswaldo Cruz. Direção Escola Nacional de Saúde.
- Montero-Martin, J., Bravo-Perez, M., Albaladejo-Mertinez, A., Hernández-Martin, L., & Rosel-Gialhardo, E. (2009). Validation the oral health impact profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 14, pp. 44-50.
- Neri, A. L. (2000). Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*, pp. 33-47. São Paulo: Atheneu.
- Nóbrega, D. R., Lucena, A. G., Medeiros, L. A., Farias, T. S., Meira, K. R., & Mahon, S. M. (2016). Avaliação da utilização e hábitos de higiene em usuários de prótese dentária removível. *Rev. Bras. Odontol., Rio de Janeiro*, 73(3), pp. 193-7. Jul/set.
- Nunes, C., & Abegg, C. (2008). Factors associated with oral health perceptions in older Brazilians. *Gerodontology*, 25, pp. 42-8.
- Oh, W., & Basho, S. (2010). Esthetic removable partial denture design in replacing maxillary anterior teeth. *Gen Dent*, 58, pp. 252-256.
- Olchik, M. R., Ayres, A., & Presotto, M. (2013). O impacto do uso de prótese dentária na qualidade de vida de adultos e idosos. *Kairós Gerontologia*, 16, pp. 107-121.
- OMD (Ordem dos Médicos Dentistas) (2019). Barómetro de Saúde Oral. 5 Edição, Portugal.
- Padilha, D., Baldisserotto, J., & Soll, L. (1998). Odontogeriatrics na universidade: para não perder tempo. *Fac Odontol Porto Alegre*, 39, pp. 34-6.
- Palareti, G., Legnani, C., Cosmi, B., Antonucci, E., Erba, N., Poli, D., . . . Tosetto, A. (2016). Comparison between different D-Dimer cutoff values to assess the individual risk of recurrent venous thromboembolism: Analysis of results

- obtained in the DULCIS study. *International Journal of Laboratory Hematology*, 38, pp. 42-49. doi:10.1111/ijlh.12426
- Paula, B. G., Almeida, M. R., & Alves, J. d. (2014). Problems in Elderly People in a Nursing Home – Literatura Review. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo*, 26(3), pp. 2019-26. São Paulo.
- Palmeiro, M. R. L. (2013). Qualidade de vida e capacidade mastigatória em sujeitos com fissuras labiopalatinas e usuários de prótese total superior. Dissertação de Doutorado em Odontologia da Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Patrick D. & Erickson P. (1993). Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation. *Oxford University Press*. New York, Estados Unidos da América.
- Pessetti, M. R. (2015). Avaliação do grau de satisfação e impacto na qualidade de vida das próteses dentárias realizadas na clínica III do curso de odontologia da UFSC. Dissertação para obtenção de Bacharel em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Pinzón-Pulido, S., & Gil-Montoya, J. (2009). Validación del índice de valoración de salud oral en geriatría en una población geriátrica institucionalizada de Granada. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 12, pp. 273-82.
- Pires, I. (2009). A Influência da Saúde Oral na Qualidade de Vida. Dissertação de Doutorado em Medicina Dentária da Universidade do Porto, Portugal.
- Pommer, B. (2013). Use of the Oral Health Impact Profile (OHIP) in Clinical Oral Implant Research. *Journal of Dental, Oral and Craniofacial Epidemiology*, 1(3), pp. 3-10.
- Portillo, J., & Paes, A. (2000). Autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde oral. *Rev Bras Odont Saúde Coletiva*, 1, p. 7588.
- Reisine, S.T., & Bailit, H.L. (1980). Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. *Soc Sci Med (Med Psychol Med Sociol)*, 14A(6), pp. 597-605.

- Rosendo, R., Sousa, J., Abrantes, J., Cavalcante, A., & Ferreira, A. (2017). Autopercepção De Saúde Bucal E Seu Impacto Na Qualidade De Vida Em Idosos: Uma Revisão De Literatura. *Revista Saúde & Ciência Online*, 6, 89-102. Fonte: <http://www.ufcg.edu.br/revistasaudeeciencia/index.php/RSC-UFC>
- Santos, C. M., Oliveira, B. H., Nadanovsky, P., Hilgert, J. B., Celeste, R. K., & Hugo, F. N. (2013). The oral health impact profile - 14: a unidimensional scale? *29(4)*, pp. 749-757.
- Santos, S. R., Santos, I. B., Fernandes, M. M., & Henriques, M. R. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10, pp. 757-764.
- Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. L .C. (2004). Quality of life and health: conceptual and methodological issues. *Cad. Saúde Pública*, 20(2), pp. 580-88.
- Silva, E. T. (2013). Edentulismo no Brasil: Aspectos Epidemiológicos, Assistenciais e Econômicos no Contexto do Sistema Único de Saúde. Dissertação de Doutorado na Universidade Federal de Goiás, 147. Goiânia, Brasil.
- Silva, J. S. (2017). Grau de satisfação e impacto na qualidade de vida com os tratamentos de prótese total executados no curso de odontologia da universidade federal de santa catarina. Dissertação para obtenção de Bacharel em Odontologia na Universidade Federal de Santa Catarina.
- Silva, J. S., Savaris, J. M., Ribeiro, M. T., Kosmann, M., Mezzomo, L. M., Golçalves, T. M., & Volpato, C. Â. (2016). Impacto de diferentes tipos de prótese odontológicas na satisfação e qualidade de vida dos pacientes. *Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica*. Divisão Brasileira da IADR.
- Silva, M. d., Villaça, Ê. L., Magalhães, C. S., & Ferreira, E. F. (2010). Impact of tooth loss in quality of life. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), pp. 841-850. Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.

- Silva, S., Sousa, M.L.R. & Wada, R.S. (2005). Self-perception and oral health conditions in an elderly population. *Cad. Saúde Pública*, 21(4), pp. 1251-1259.
- Silva, S.R.C., Fernandes, R.A.C. (2001). Self-perception of oral health status by the elderly. *Rev. Saúde Pública*, 35(4), pp. 349-55.
- Sischo L. Broder H.L. (2011). Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res*, 90(11), pp. 1264-70.
- Slade, G. D. (1997). Derivation and validation of a shortform oral health impact profile. *Community dentistry and oral epidemiology*, 25, pp. 284-90.
- Slade, G. D. (1997). Measuring Oral Health and Quality of Life. *Dental Ecology*, University of North Carolina.
- Slade, G., & Spencer, A. (1994). Social impact of oral conditions among older adults. *Aust Dent J*, 39(6), pp. 358-64.
- Steele, J. (1997). Clinical factors related to reported satisfaction with oral function amongst dentate older adults in England. *Community Dent Oral Epidemiol*, 25, pp. 143-49.
- Stewart, A., & King, A. (1994). Conceptualizing and measuring quality of life in older populations. In: *Abeles R, Gift HC, Ory M, editors. Aging and Quality of Life*. New York: Springer Publishing Company.
- Szentpétery, A., John, M., Slade, G., & Setz, J. (2005). Problems reported by patients before and after prosthodontic treatment. *Int J Prosthodont*, 18, pp. 124-31.
- Taveira, P., Coelho, C., Henriques, M., Gavinha, S., & Melo, P. (2012). Necessidades protéticas dentárias de duas populações de 40-90 anos.
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, pp. 1403-9.
- Velarde-Jurado, E., & Avila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de Mexico*, 44(4), pp. 349-361. Jul-ago.

Volpato, C., Garbelotto, L., Zani, I., & Vasconcellos, D. (2012). *Próteses odontológicas uma visão contemporânea: Fundamentos e procedimentos*. Grupo Gen-Livraria Santos Editora

Wahbi, R. H., & Elamin, E. I. (2018). Impact of removable partial denture on quality-of-life of Sudanese adults in Khartoum State. *Journal of Contemporary Dental Practice, 19(1)*, pp. 102-108. doi:10.5005/JP-JOURNALS-10024-2220

Wilson, I., & Cleary, P. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. pp. 59-65.