



Incapacidade social e desconforto psicológico como fatores agravantes do quadro nutricional em idosos desdentados

Social disability and psychological discomfort as aggravating factors of nutritional status in edentulous elderly

Recebido: 06/01/2023 | Aceito: 25/03/2023 | Publicado: 28/03/2023


Luiz Guilherme Loivos de Azevedo*


 <https://orcid.org/0000-0002-3339-1752>

 <http://lattes.cnpq.br/9630456375470586>

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) – Brasília, DF, Brasil
E-mail: loivos@gmail.com


Renata Costa Fortes**


 <https://orcid.org/0000-0002-0583-6451>

 <http://lattes.cnpq.br/5453042571253174>

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) – Brasília, DF, Brasil
E-mail: fortes.rc@gmail.com

Ana Lúcia Ribeiro Salomon***

 <https://orcid.org/0000-0002-1505-7283>

 <http://lattes.cnpq.br/2834303104665971>

Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) – Brasília, DF, Brasil
E-mail: ana.salomon@gmail.com

Resumo

Este trabalho teve como objetivo avaliar os efeitos da reabilitação com próteses totais sobre estado nutricional e qualidade de vida em idosos desdentados residentes no Distrito Federal. Foram avaliados 55 sujeitos completamente edêntulos que usavam um par de próteses novas (feitos há três anos, em média) e comparados com 51 idosos, igualmente desdentados, que necessitavam de novos pares de próteses dentárias. Os participantes foram submetidos à Mini Avaliação Nutricional (MAN), um questionário Sócio Demográfico e ao Oral Health Impact Profile (questionário que analisa os efeitos das condições bucais sobre a qualidade de vida). Os resultados não identificaram diferença significativa na dor oral e desconforto ou nas queixas relacionadas à mastigação e a análise por meio da MAN revela não haver diferenças significativas entre os dois grupos. Os quadros de desnutrição relacionaram-se ao desconforto psicológico e à incapacidade social, evidenciando o papel desses domínios sobre o quadro nutricional do idoso.

* Professor da Escola Técnica de Saúde de Brasília (ETESB). Mestre em Ciências da Saúde pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) em 2018. Especialista em Periodontia pela Associação Brasileira de Odontologia-GO. Especialista em Implantodontia pela Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas-DF. Especialista em Prótese Dentária São Leopoldo Mandic-DF. Staff no serviço de fissuras Lábio Palatais do Distrito Federal – HRAN – SES/DF.

** Coordenadora do Curso de Nutrição da Universidade Paulista do Distrito Federal (UNIP/DF). Docente Permanente do Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS). Pós-Doutora em Psicologia com Metodologia de Revisão Sistemática pela Universidad de Flores, Buenos Aires. Doutora em Nutrição Humana pela UnB em 2011. Mestre em Nutrição Humana pela Universidade de Brasília (UnB) em 2007.

*** Professora Titular do Curso de Nutrição do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). Docente Permanente do Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS). Doutora em Ciências da Saúde pela UnB em 2014. Mestre em Nutrição Humana pela UnB em 2009.

Palavras-chave: Idosos; Malnutrição; Dentaduras; Assistência Integral à Saúde; Saúde Pública.

Abstract

This study aimed to evaluate the effects of rehabilitation with complete dentures on nutritional status and quality of life in edentulous elderly people living in the Federal District. Fifty-five completely edentulous subjects who wore a new pair of dentures (made three years ago, on average) were evaluated and compared with 51 elderly, equally edentulous, who needed new pairs of dental prostheses. Participants were submitted to the application of the Mini Nutritional Assessment (MAN), a Socio-Demographic questionnaire and an Oral Health Impact Profile (questionnaire that analyzes the effects of oral conditions on quality of life). The analysis of the obtained data did not identify a significant difference in oral pain and discomfort or in the complaints related to mastication and the analysis through the MAN reveals no significant differences between the two groups. Malnutrition was related to psychological discomfort and social incapacity, highlighting the aggravating role of these two domains on the nutritional status of edentulous elderly people.

Keywords: Elderly; Malnutrition; Dentures; Comprehensive Health Care; Public Health

Introdução

O envelhecimento é um processo durante o qual, de forma contínua e progressiva, ocorrem modificações funcionais e morfológicas que regulam a capacidade adaptativa do indivíduo ao meio ambiente ^{1,2}. Dentre as mudanças ocorridas com a velhice, a perda dos dentes ainda é uma ocorrência comum em populações idosas de diferentes países ^{3, 4, 5}; entretanto, não deve ser vista como algo inexorável ao avanço da idade⁶. No Brasil, a alta prevalência do edentulismo torna essa realidade um problema de saúde pública.

Levantamentos epidemiológicos estimam que, no Brasil, 63,1% dos idosos entre 65 e 74 anos façam uso ou necessitem de próteses totais superiores ⁷. Dentre as limitações que o edentulismo impõe, pode-se citar um prejuízo da fonação e/ou a redução na qualidade de mastigação. Nesses últimos casos, idosos passam a preferir alimentos macios e preterir alimentos fibrosos, considerados fatores protetores para as doenças crônicas não transmissíveis (DNCT) ^{9, 10, 11}.

O objetivo deste estudo foi analisar a influência das próteses totais sobre aspectos funcionais e psicossociais de idosos totalmente edêntulos e avaliar as inter-relações entre a reabilitação oral desses pacientes e seus estados nutricionais.

Metodologia

Trata-se de um estudo observacional analítico, de corte transversal, conduzido com indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, desdentados totais no arco superior e inferior.

Foram comparados dois grupos:

Grupo P: com prótese - indivíduos reabilitados com par de próteses totais (superior e inferior) há menos de 5 anos.

Dos 593 potenciais pacientes para compor o grupo P, foi gerado por meio do software R, uma sequência numérica aleatória que, orientou a realização de contatos telefônicos para seleção dos participantes.

Grupo SP: indivíduos à espera de um novo par de próteses totais - ou por ainda não possuírem ou por utilizarem próteses antigas e disfuncionais.

Para compor o grupo SP, os sujeitos, foram selecionados a partir de listas de espera existentes nas unidades básicas de saúde para receber um par de prótese total.

Foram excluídos pacientes não idosos, sem residência no Distrito Federal (Brasil), sem residência fixas (pela dificuldade de localização e coleta de dados), pacientes com limitações físicas e com registro de disfunção cognitiva.

O grupo P foi composto por 55 pacientes e o grupo SP por 51.

Para a realização da coleta de dados, foram utilizados três instrumentos: o Oral Health Impact Profile (OHIP-EDENT), um questionário semiestruturado (SE) e a Mini-Avaliação Nutricional (MAN).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres humanos da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. A participação dos indivíduos foi condicionada à leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido.

Instrumentos metodológicos

1. OHIP-EDENT.

Foi utilizado o questionário Oral Health Impact Profile – versão exclusiva para pacientes edêntulos (OHIP-EDENT). O OHIP-EDENT, com dezenove questões, tem como função avaliar a percepção das pessoas quanto à influência das condições bucais sobre a sua Qualidade de Vida (Oral Health Related Quality of Life – OHRQoL). A versão desse questionário validada para o Brasil foi apresentada por Souza e Patrocínio em 2007^{20, 21}.

Para a análise estatística, as perguntas foram agrupadas em quatro domínios: A. Queixas relacionadas à mastigação (perguntas 1, 5, 10, e 11); B. Incapacidade ou desconforto psicológico (perguntas 8, 9, 12, 13 e 14); C. Incapacidade social (perguntas 15, 16, 17, 18 e 19); D. Dor oral e desconforto (perguntas 2, 3, 4, 6 e 7)²².

Para cada pergunta, utilizou-se escala de Likert, variando de 0 a 2 pontos: nunca (0), às vezes (1), quase sempre (2)²² – quanto maior o somatório dos valores, maior a influência negativa das condições bucais sobre a qualidade de vida do indivíduo.

2. Questionário SE

Tanto os pacientes reabilitados quanto os do grupo SP responderam a um segundo questionário (semiestruturado) que buscou obter informações sociodemográficas; dados referentes ao tempo de edentulismo, ao vínculo atual com a unidade de saúde e a outros tratamentos odontológicos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) antes do edentulismo completo; e se, após terem recebido a prótese, estão sendo submetidos a avaliações regulares.

3. Mini Avaliação Nutricional (MAN)

Considerando o potencial impacto das condições bucais sobre o estado nutricional, utilizou-se a MAN²⁵. Pacientes com pontuação entre 17 e 23,5 pontos na avaliação total são classificados como “risco de desnutrição”, aqueles com pontuação abaixo de 17 pontos, como “desnutridos”²⁴

Resultados

Os dados obtidos com o questionário SE revelaram que os dois grupos não diferiam quanto ao sexo, instrução escolar, faixa etária e tempo de edentulismo (Tabela 1).

Os resultados obtidos pelo SE também mostram que 62,3% dos idosos nunca procuraram tratamento odontológico, buscando-o com a finalidade de aliviar dores de dente através de extrações. Dentre os 106 entrevistados 88,7% reconheciam que não faziam visitas regulares ao dentista e 69,8% estavam há dois anos ou mais sem procurar nenhum serviço odontológico.

Avaliando o IMC pela escala de Lipschitz, 9,4% (n=10) apresentaram quadro de magreza (IMC<22), enquanto 42,5% (n=45) tinham excesso de peso (IMC>27).

Com relação à alimentação, todos os indivíduos avaliados eram capazes de se alimentar só, e 45,3% (n=48) afirmaram fazer três refeições ao dia. Analisando os dois grupos separadamente, o grupo SP apresentou, com maior frequência, idosos que faziam três refeições ao dia (52,9% versus 38,2%; p=0,496).

Diferenças estatísticas apareceram ainda quando os idosos foram questionados se consomem uma porção diária de leite, queijo e iogurte: com o grupo SP apresentando um n maior de indivíduos que responderam sim (70,9% versus 52,7% do grupo P; p =0,009).

Os dados obtidos com a MAN estão registrados na Tabela 2.

A análise do OHIP e a análise de sua correlação com variáveis relacionadas à nutrição apontaram relevância estatística e indivíduos sob risco de desnutrição ou desnutridos mostraram que suas condições bucais influenciam em maior grau a sua qualidade de vida (p=0,001) (Tabela 3 e 4).

Em relação ao número de refeições diárias, sujeitos que faziam apenas uma refeição foram os que apresentaram maior valor de OHIP, ou seja, foram aqueles em que as condições bucais possuíam maior impacto (negativo) sobre a qualidade de vida (p=0,033).

Na comparação dos quatro domínios do OHIP (A, B, C e D), aqueles que apresentaram maior valor foram a dor oral e desconforto, mas sem diferença significativa entre os dois grupos (p=0,391 e p=0,069, respectivamente). As diferenças estatisticamente significantes no OHIP, entre P e SP, associaram-se à incapacidade ou desconforto psicológico e à incapacidade social (p=0,003 e <0,001, respectivamente). (Tabela 5).

Discussão

A partir dos dados obtidos pela MAN, esse estudo revela uma prevalência de idosos desnutridos ou sob risco de desnutrição, semelhantes à literatura nacional³⁴, com 2,2% e 23,1%, respectivamente. Para evitar distorções na pesquisa, em razão do número reduzido de indivíduos desnutridos, esses dois grupos foram agrupados.

Feito esse agrupamento, a comparação dos grupos P e SP mostrou não existir diferenças significantes na prevalência de indivíduos normais (N) e indivíduos sob risco de desnutrição e/ou desnutridos (D). Portanto, pode-se depreender que a não utilização de próteses ou uso de próteses desadaptadas, não foram determinantes no padrão nutricional.

A análise dos domínios OHIP relacionados à função mastigatória, mostrou que, embora a dor e desconforto oral e queixas relacionadas à mastigação tenham sido os domínios que mais prejudicavam a qualidade de vida dos idosos estudados, não houve diferença significativa entre os dois grupos (P e SP).

Tabela 1. Questionário SE

Variáveis	Total		Com prótese		Sem prótese		p-valor*
	nº	%	nº	%	nº	%	
Total	106	100,0	55	100,0	51	100,0	-
Sexo							
Masculino	25	23,6	16	29,1	9	17,6	0,179
Feminino	81	76,4	39	70,9	42	82,4	
Faixa etária							
60 a 69 anos	61	57,5	31	56,4	30	58,8	0,846
70 anos ou mais	45	42,5	24	43,6	21	41,2	
Escolaridade							
Nunca estudou	13	12,3	5	9,1	8	15,7	
1º Grau Incompleto	74	69,8	39	70,9	35	68,6	
1º Grau Completo	5	4,7	2	3,6	3	5,9	0,695
2º Grau Incompleto	6	5,7	3	5,5	3	5,9	
2º Grau Completo	6	5,7	4	7,3	2	3,9	
Superior Incompleto	2	1,9	2	3,6	0	0,0	
Estado civil							
Solteiro (a)	12	11,3	4	7,3	8	15,7	
Casado/Mora companheiro	45	42,5	24	43,6	21	41,2	0,400
Separado/divorciado/desquitado	22	20,8	14	25,5	8	15,7	
Viuvo(a)	27	25,5	13	23,6	14	27,5	
Trabalha							
Sim	13	12,3	7	12,7	6	11,8	
Não	32	30,2	14	25,5	18	35,3	0,778
Aposentado	39	36,8	22	40,0	17	33,3	
Pensionista/beneficiário	22	20,8	12	21,8	10	19,6	
Tempo de Edentulismo							
Menos de 10 anos	36	34,0	20	36,4	16	31,4	0,683
10 anos ou mais	70	66,0	35	63,6	35	68,6	
Satisfação com o atendimento recebido							
Boa	23	21,7	19	34,5	4	7,8	
Ótima	38	35,8	36	65,5	2	3,9	<0,001
Sem informação	45	42,5	0	0,0	45	88,2	
Auto percepção da saúde bucal							
Ruim	46	43,4	15	27,3	31	60,8	<0,001
Boa ou ótima	60	56,6	40	72,7	20	39,2	
Retorno ao dentista							
Menos de 2 anos	32	30,2	6	10,9	26	51,0	<0,001
2 anos ou mais	74	69,8	49	89,1	25	49,0	
Onde fizeram seus tratamentos dentários							
Particular	41	38,7	28	50,9	13	25,5	
Público	47	44,3	18	32,7	29	56,9	0,019
Ambos	18	17,0	9	16,4	9	17,6	
Buscou tratamento antes de decidir pelas extrações							
Sim	40	37,7	28	50,9	12	23,5	0,005
Não	66	62,3	27	49,1	39	76,5	
Experiência com tratamentos odontológicos							
Positiva	65	61,3	35	63,6	30	58,8	
Negativa	19	17,9	11	20,0	8	15,7	0,497
Indiferente	22	20,8	9	16,4	13	25,5	
IMC							
Magreza	10	9,4	6	10,9	4	7,8	
Eutrofia	51	48,1	27	49,1	24	47,1	0,847
Excesso de peso	45	42,5	22	40,0	23	45,1	
Estado Nutricional							
Normal	77	72,6	41	74,5	36	70,6	
Sob risco de desnutrição ou desnutrido	26	24,5	14	25,5	12	23,5	1,000
Sem informação	3	2,8	0	0,0	3	5,9	
Consumo de alimentos							
Uma	25	23,6	14	25,5	11	21,6	
Duas ou três	78	73,6	41	74,5	37	72,5	0,496
Sem informação	3	2,8	0	0,0	3	5,9	
Consumo de frutas							
Sim	65	61,3	33	60,0	32	62,7	
Não	38	35,8	22	40,0	16	31,4	0,164
Sem informação	3	2,8	0	0,0	3	5,9	
Escala de Depressão Geriátrica							
Normal	78	73,6	43	78,2	35	68,6	
Depressão Leve	21	19,8	9	16,4	12	23,5	0,526
Depressão grave	7	6,6	3	5,5	4	7,8	
Autopercepção da própria saúde							
Pior	16	15,1	8	14,5	8	15,7	
Não sabe	13	12,3	6	10,9	7	13,7	
Igual	23	21,7	11	20,0	12	23,5	0,380
Melhor	51	48,1	30	54,5	21	41,2	
Sem informação	3	2,8	0	0,0	3	5,9	
Depressivo							
Sim	28	26,4	15	27,3	13	25,5	1,000
Não	78	73,6	40	72,7	38	74,5	

Fonte:

Nota: *p-valor do teste qui-quadrado exato de Fisher

Tabela 2. Distribuição dos pacientes segundo dados nutricionais.

Variáveis	Total		Com prótese		Sem prótese		p-valor*
	nº	%	nº	%	nº	%	
Diminuição da ingestão nos últimos 3 meses							
Diminuição grave	3	2,8	3	5,5	0	0,0	0,010
Diminuição moderada	29	27,4	20	36,4	9	17,6	
Sem diminuição	74	69,8	32	58,2	42	82,4	
Perda de peso nos últimos 3 meses							
Superior a 3 quilos	6	5,7	2	3,6	4	7,8	0,131
Não sabe informar entre 1 e 3 quilos	11	10,4	8	14,5	3	5,9	
Sem perda de peso	21	19,8	14	25,5	7	13,7	
	68	64,2	31	56,4	37	72,5	
Mobilidade							
Deambula, mas não sai de casa	6	5,7	1	1,8	5	9,8	0,103
Normal	100	94,3	54	98,2	46	90,2	
Passou por algum stress nos últimos 3 meses							
Sim	17	16,0	8	14,5	9	17,6	0,793
Não	89	84,0	47	85,5	42	82,4	
Problemas neuropsicológicos							
Demência ou depressão grave	4	3,8	3	5,5	1	2,0	0,482
Demência ligeira	1	0,9	0	0,0	1	2,0	
Sem problemas psicológicos	101	95,3	52	94,5	49	96,1	
IMC							
Magreza	10	9,4	6	10,9	4	7,8	0,847
Eutrofia	51	48,1	27	49,1	24	47,1	
Excesso de peso	45	42,5	22	40,0	23	45,1	
Triagem							
Estado nutricional normal	80	75,5	38	69,1	42	82,4	0,231
Sob risco de desnutrição	22	20,8	15	27,3	7	13,7	
Desnutrido	4	3,8	2	3,6	2	3,9	
Vive em sua própria casa							
Não	1	0,9	0	0,0	1	2,0	0,050
Sim	102	96,2	55	100,0	47	92,2	
Sem informação	3	2,8	0	0,0	3	5,9	
Utiliza mais de 3 medicamentos por dia							
Não	45	42,5	23	41,8	22	43,1	0,696
Sim	58	54,7	32	58,2	26	51,0	
Lesões de pele ou escaras							
Não	7	6,6	5	9,1	2	3,9	0,125
Sim	96	90,6	50	90,9	46	90,2	
Sem informação	3	2,8	0	0,0	3	5,9	
Quantas refeições faz por dia							
Uma refeição	25	23,6	15	27,3	10	19,6	0,182
Dois refeições	77	72,6	39	70,9	38	74,5	
Três refeições	1	0,9	1	1,8	0	0,0	
Sem informação	3	2,8	0	0,0	3	5,9	
Consome porção diária de leite, queijo ou iogurte							
Não	38	35,8	26	47,3	12	23,5	0,009
Sim	65	61,3	29	52,7	36	70,6	
Sem informação	3	2,8	0	0,0	3	5,9	
Consome uma ou mais porções diárias de legumes ou ovos							
Não	20	18,9	11	20,0	9	17,6	0,272
Sim	83	78,3	44	80,0	39	76,5	
Sem informação	3	2,8	0	0,0	3	5,9	
Consome carne todos os dias							
Não	24	22,6	12	21,8	12	23,5	0,235
Sim	79	74,5	43	78,2	36	70,6	
Sem informação	3	2,8	0	0,0	3	5,9	
O doente consome							
Nenhuma resposta positiva	25	23,6	14	25,5	11	21,6	0,059
Dois respostas positivas	30	28,3	20	36,4	10	19,6	
Três respostas positivas	48	45,3	21	38,2	27	52,9	
Sem informação	3	2,8	0	0,0	3	5,9	
Consome duas ou mais porções de frutas ou produtos agrícolas							
Não	38	35,8	22	40,0	16	31,4	0,164
Sim	65	61,3	33	60,0	32	62,7	
Sem informação	3	2,8	0	0,0	3	5,9	
Quantos copos de líquidos (água, chá, leite) consome por dia							
Menos de 3 copos	8	7,5	4	7,3	4	7,8	0,422
3 a 5 copos	42	39,6	23	41,8	19	37,3	
Mais de 5 copos	53	50,0	28	50,9	25	49,0	
Sem informação	3	2,8	0	0,0	3	5,9	
Modo de se alimentar							
Alimenta-se sozinho, com dificuldade	2	1,9	1	1,8	1	2,0	0,175
Alimenta-se sozinho, sem dificuldade	101	95,3	54	98,2	47	92,2	
Sem informação	3	2,8	0	0,0	3	5,9	
Acredita ter problemas nutricionais							
Acredita estar desnutrido	8	7,5	3	5,5	5	9,8	0,004
Não sabe dizer	12	11,3	11	20,0	1	2,0	
Acredita não ter problemas nutricionais	83	78,3	41	74,5	42	82,4	
Sem informação	3	2,8	0	0,0	3	5,9	
Em comparação com pessoas da mesma idade, como está a saúde							
Pior	16	15,1	8	14,5	8	15,7	0,380
Não sabe	13	12,3	6	10,9	7	13,7	
Igual	23	21,7	11	20,0	12	23,5	
Melhor	51	48,1	30	54,5	21	41,2	
Sem informação	3	2,8	0	0,0	3	5,9	
Perímetro braquial							
PB < 21	2	1,9	0	0,0	2	3,9	0,023
PB > 22	101	95,3	55	100,0	46	90,2	
Sem informação	3	2,8	0	0,0	3	5,9	
Perímetro da perna							
PP < 31	21	19,8	14	25,5	7	13,7	0,063
PP ≥ 31	82	77,4	41	74,5	41	80,4	
Sem informação	3	2,8	0	0,0	3	5,9	
Avaliação do estado nutricional							
Normal	77	72,6	41	74,5	36	70,6	0,416
Sob risco de desnutrição	23	21,7	12	21,8	11	21,6	
Desnutrido	3	2,8	2	3,6	1	2,0	
Sem informação	3	2,8	0	0,0	3	5,9	

Fonte:

Nota: p-valor do teste qui-quadrado exato de Fisher

Tabela 4. OHIP segundo IMC.

Resultados no OHIP	Magreza		Eutrofia		Excesso de peso		p-valor*
	nº	%	nº	%	nº	%	
Dificuldade de mastigar?							
Nunca	2	20,0	13	25,5	11	24,4	0,928
Às vezes	3	30,0	10	19,6	8	17,8	
Quase sempre	5	50,0	28	54,9	26	57,8	
Dentaduras retêm alimentos?							
Nunca	6	66,7	14	29,2	9	23,7	0,067
Às vezes	1	11,1	18	37,5	9	23,7	
Quase sempre	2	22,2	16	33,3	20	52,6	
Dentaduras mal assentadas?							
Nunca	6	66,7	17	35,4	15	39,5	0,402
Às vezes	1	11,1	13	27,1	6	15,8	
Quase sempre	2	22,2	18	37,5	17	44,7	
Sentiu a boca dolorida?							
Nunca	3	30,0	18	35,3	15	33,3	0,807
Às vezes	5	50,0	15	29,4	16	35,6	
Quase sempre	2	20,0	18	35,3	14	31,1	
Sente desconforto ao comer?							
Nunca	5	50,0	12	23,5	15	33,3	0,271
Às vezes	2	20,0	17	33,3	8	17,8	
Quase sempre	3	30,0	22	43,1	22	48,9	
Teve pontos doloridos na boca?							
Nunca	4	40,0	19	37,3	18	40,0	0,577
Às vezes	5	50,0	22	43,1	14	31,1	
Quase sempre	1	10,0	10	19,6	13	28,9	
Dentaduras desconfortáveis?							
Nunca	2	22,2	20	40,8	11	28,2	0,280
Às vezes	4	44,4	11	22,4	7	17,9	
Quase sempre	3	33,3	18	36,7	21	53,8	
Sentiu preocupação devido aos problemas bucais?							
Nunca	4	40,0	20	39,2	13	28,9	0,565
Às vezes	3	30,0	8	15,7	8	17,8	
Quase sempre	3	30,0	23	45,1	24	53,3	
Sentiu-se constrangido por causa da dentadura ou boca?							
Nunca	7	70,0	30	58,8	21	46,7	0,372
Às vezes	2	20,0	9	17,6	7	15,6	
Quase sempre	1	10,0	12	23,5	17	37,8	
Evitou comer alguma coisa por causa?							
Nunca	4	40,0	12	23,5	12	26,7	0,645
Às vezes	3	30,0	22	43,1	14	31,1	
Quase sempre	3	30,0	17	33,3	19	42,2	
Se sentiu impossibilitado de comer com as dentaduras (ou pelas condições bucais)?							
Nunca	7	70,0	20	39,2	19	42,2	0,288
Às vezes	2	20,0	19	37,3	11	24,4	
Quase sempre	1	10,0	12	23,5	15	33,3	
Interrompeu sua refeição por causa da dentadura?							
Nunca	6	60,0	29	56,9	26	57,8	0,802
Às vezes	4	40,0	18	35,3	13	28,9	
Quase sempre	0	0,0	4	7,8	6	13,3	
Se sentiu perturbado pelos problemas com a boca?							
Nunca	6	60,0	27	52,9	18	40,0	0,698
Às vezes	2	20,0	14	27,5	16	35,6	
Quase sempre	2	20,0	10	19,6	11	24,4	
Esteve em alguma situação embaraçosa?							
Nunca	7	70,0	33	64,7	30	66,7	0,326
Às vezes	3	30,0	17	33,3	10	22,2	
Quase sempre	0	0,0	1	2,0	5	11,1	
Deixou de sair de casa por problemas com a boca?							
Nunca	10	100,0	42	82,4	35	77,8	0,727
Às vezes	0	0,0	7	13,7	8	17,8	
Quase sempre	0	0,0	2	3,9	2	4,4	
Foi menos tolerante com conjunto ou família?							
Nunca	9	90,0	48	94,1	39	86,7	0,476
Às vezes	1	10,0	3	5,9	6	13,3	
Ficou pouco irritado com as pessoas?							
Nunca	10	100,0	44	86,3	37	82,2	0,423
Às vezes	0	0,0	6	11,8	8	17,8	
Quase sempre	0	0,0	1	2,0	0	0,0	
Foi incapaz de aproveitar a companhia de outras pessoas?							
Nunca	9	90,0	41	80,4	36	80,0	1,000
Às vezes	1	10,0	9	17,6	8	17,8	
Quase sempre	0	0,0	1	2,0	1	2,2	
Sentiu a vida menos satisfatória?							
Nunca	7	70,0	31	60,8	26	57,8	0,580
Às vezes	3	30,0	14	27,5	10	22,2	
Quase sempre	0	0,0	6	11,8	9	20,0	

Fonte:

Nota: p-valor do teste qui-quadrado exato de Fisher

Tabela 5. Avaliação dos domínios OHIP.

Domínios	Total	Com prótese	Sem prótese	p-valor*
Queixas relacionadas à mastigação				
Média	4,4	4,1	4,7	0,391
Mediana	5,0	4,0	5,0	-
Incapacidade ou desconforto psicológico				
Média	3,5	2,7	4,4	0,003
Mediana	3,0	1,0	4,0	-
Incapacidade social				
Média	1,2	0,7	1,8	<0,001
Mediana	0,0	0,0	1,0	-
Dor oral e desconforto				
Média	5,0	4,5	5,7	0,069
Mediana	5,0	4,0	6,0	-

Fonte:

Nota: * p-valor do teste de Mann Whitney de comparação dos grupos com e sem prótese

Uma provável explicação para equivalência nutricional e funcional entre os grupos, pode ser a criação de estratégias, pelos indivíduos SP para compensar as deficiências mastigatórias surgidas a partir do edentulismo. Alguns dos achados estatísticos apontam para essa direção. Dentre os indivíduos do grupo SP que afirmaram comer duas ou mais refeições por dia, 44,7% declararam NUNCA terem se sentido impossibilitados de comer em razão das condições bucais (contra 13,2% dos que responderam QUASE SEMPRE); 57,9% dos indivíduos do grupo SP NUNCA interromperam uma refeição em virtude das condições bucais (versus 7,9% que responderam QUASE SEMPRE); 73,7% deles também NUNCA deixaram de sair de casa em razão dos problemas bucais (contra 5,3% que responderam QUASE SEMPRE); 71,1%, NUNCA sentiram-se incapazes de aproveitar a companhia de outras pessoas (contra 2,6% dos que responderam QUASE SEMPRE).

Mesmo quando olhamos indivíduos do grupo P com risco de desnutrição ou desnutridos, 64,3% diziam que QUASE SEMPRE evitaram comer alguma coisa por problemas com a prótese, versus 41,5% do grupo SP. Todos esses resultados podem ser interpretados como uma representação da capacidade adaptativa do indivíduo idoso à perda dos dentes, conseguida por meios diversos (não investigados), como, por exemplo, a seleção de alimentos macios ou do modo de preparo da comida.

Cruzando os resultados dos questionários, identificamos também que indivíduos D tinham maior prejuízo de sua OHRQoL (com diferença significativa em relação aos indivíduos N). Embora não seja possível apontar relações causais entre as variáveis, os resultados revelam que indivíduos que tem maior prejuízo da qualidade de vida em razão das condições bucais, comem menos. Esse dado, por si só, já poderia justificar a deterioração do quadro nutricional notado nesses pacientes. Entretanto, como já visto, essa queda da quantidade da ingesta pelos pacientes desdentados não está associada à qualidade da mastigação, mas influenciada por questões subjetivas, como a perda do prazer de comer, a exemplo do que foi sugerido por Madhuri (2014) ³⁵.

Quando perguntados se foram incapazes de aproveitar a companhia de outras pessoas, foi registrada uma diferença significativa entre idosos D e N, mas apenas no grupo SP. Esse resultado sugere a relevância da prótese como reabilitador psicossocial do idoso, retirando esse indivíduo de situações de isolamento social que também poderão constituir fator de risco para o quadro nutricional.

As questões do OHIP que apresentaram diferenças estatísticas entre D e N se referem ao domínio relacionado ao desconforto psicológico. Uma vez que essas diferenças foram encontradas tanto no grupo P quanto no SP (Tabela 10), o prejuízo da qualidade de vida registrado parece não se relacionar com o uso de próteses, mas ao edentulismo.

É lícito considerar uma relação de causa efeito entre condições bucais e estado nutricional. Condições bucais e mastigatórias ruins, levariam a uma piora do estado nutricional. Entretanto, a causalidade dessa relação não pode ser afirmada de forma categórica, pois a cárie dentária, problema bucal de maior prevalência, tem como etiologia fatores comportamentais, relacionados à qualidade alimentar (consumo frequente de açúcar)²⁶ e ao auto cuidado^{26, 27}. Sendo assim, deve-se ter cuidado ao afirmar que os problemas dentários prejudicarão o quadro nutricional, pois o gatilho para a depreciação bucal está atrelado ao comportamento alimentar e à qualidade da ingesta.

Estado nutricional e condições bucais serão fatores que, conjuntamente, criarão um '*modo contínuo*' de depreciação sistêmica e bucal; um círculo vicioso em que a má alimentação contribui para a piora do quadro bucal e os problemas bucais interferem na qualidade da alimentação^{25, 28, 29}.

Os relatos dos idosos desse trabalho revelam que foram as dores provenientes das lesões cariosas, em conjunto com a falta de acesso a tratamentos dentários, os principais motivos para que todos os dentes fossem arrancados. Isso denota a recorrência dos problemas bucais, um padrão de doença que se repetiu (com surgimento de novas lesões de cárie e dor no dente), levando à remoção completa, ao longo da vida, dos elementos dentários.

Mesmo os sujeitos que recorrem a tratamentos odontológicos, após o surgimento de lesões cariosas, se não modificarem seu comportamento, corrigindo a qualidade da alimentação e da higiene bucal, sofrerão com o surgimento de novas lesões cariosas e novos quadros álgicos. Por esse motivo, infere-se que o indivíduo que, ao longo da vida, sofreu com o surgimento de novos quadros álgicos associados à lesões cariosas, teve um comportamento e alimentação de risco (rica em açúcar) para o surgimento e desenvolvimento da cárie dentária durante sua vida.

Uma vez perdido todos os dentes, o padrão nutricional inadequado não mais repercutirá na forma de odontalgias. Entretanto, continuará a ter um papel insidioso sobre o quadro sistêmico, contribuindo para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis⁹ e atuando como fator de risco para o aparecimento de outras afecções, incluindo o câncer de boca³⁰.

Com a perda dos dentes, os pacientes ajustam a textura dos alimentos. Adotam um padrão alimentar menos fibroso, causando perda de massa muscular e diminuição da força mastigatória, minorando também o volume de saliva produzido (que comprometerá o paladar e dificultará a formação do bolo alimentar e a deglutição)^{25, 29, 31}.

O baixo volume salivar também prejudicará a adaptação do paciente à próteses dentárias^{25, 31}. Nesse cenário, deve-se ainda considerar a paulatina reabsorção que sofrerá o rebordo ósseo alveolar, suporte para as próteses totais (normal após a perda dentárias)^{32, 33}.

Essa progressiva piora nas condições mastigatórias, precisará ser contornada. Normalmente, isso é feito por meio do consumo de alimentos macios, gordurosos e hipercalóricos^{10, 25, 29}.

Portanto, o círculo vicioso, envolvendo qualidade nutricional e problemas bucais, não é interrompido com a perda completa de dentes. Os resultados encontrados por esse estudo confirmam isso e colocam em discussão a importância de exercermos realmente uma análise integral do paciente e compreendermos as várias camadas que influenciam ou são influenciadas pelo processo de reabilitação protética.

Embora as diferenças na OHRQoL tenham mostrado que a reabilitação com próteses tenha sido capaz de melhorar a qualidade de vida dos idosos, sobretudo numa dimensão psicossocial, nosso estudo reforça que é necessário, além de entregar a prótese, ampliar seus benefícios mastigatórios, talvez por meio de um acompanhamento longitudinal dos pacientes reabilitados, realizando orientações e futuros ajustes na prótese, para evitar machucados sobre as áreas onde as mesmas se assentam. Concomitante ao processo de adaptação às próteses, sugere-se um aconselhamento nutricional, com vistas a interromper o círculo vicioso promovido pela má nutrição e pelas más condições bucais.

Além disso, os resultados deixam evidente que o processo de reabilitação deve reconhecer integralmente as necessidades do paciente³⁶, coordenando o trabalho longitudinal do dentista e do nutricionista à escuta psicoterápica, uma vez que as perdas dentárias experimentadas repercutiram em desconfortos psicológicos, com potencial para interferir na qualidade de ingesta e perfil nutricional.

Conclusão

O número de idosos desnutridos ou sob risco de desnutrição neste estudo foi semelhante ao encontrado por outros autores. A análise dos dados nos permite aventar que, apesar da confecção de novas próteses, o tratamento oferecido ainda não alcançou o objetivo de melhorar as condições mastigatórias dos indivíduos, e que, idosos sem próteses adequadas, se adaptam às condições impostas pelo edentulismo, ajustando tipo, textura e preparo dos alimentos. Portanto, esse trabalho encontrou que tanto indivíduos idosos com próteses novas quanto aqueles que necessitam de novos pares, possuem perfis nutricionais semelhantes e quando existem diferenças, essas estão mais associadas ao desconforto psicológico decorrente das perdas dentárias do que à baixa qualidade mastigatória.

Referências

1. Lopes A. **Os desafios da gerontologia no Brasil**. Campinas – SP: Alínea, 2000.
2. Okuma, SS. **O idoso e a atividade física: fundamentos e pesquisa**. Campinas, São Paulo: Papirus, 1998. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=n-9uReTLcE0C&oi=fnd&pg=PA13&dq=O+idoso+e+a+atividade+f%C3%ADsica&ots=WH2XvnKb5u&sig=2cLqBcdAcAw89DFZXPxM1Llij7k#v=onepage&q=O%20idoso%20e%20a%20atividade%20f%C3%ADsica&f=false> Acesso em 13 fev. 2023.
3. Stober T, Danner D, Lehmann F, Séché AC, Rammelsberg P, Hassel AJ. **Association between patient satisfaction with complete dentures and oral health-related quality of life: two-year longitudinal assessment**. *Clinical oral investigations*. 16(1): 313-318, 2012.
4. Lee, I. C., Yang, Y. H., & Ho, P. S. **Exploring the quality of life after denture-wearing within elders in Kaohsiung**. *Gerodontology*. 29(2): e1067-e1077, 2012. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-2358.2012.00614.x> Acesso em 13 fev. 2023.
5. Awad MA, Lund JP, Shapiro SH, Locker D, Klemetti E, Chehade A, Savard A, Feine JS. **Oral health status and treatment satisfaction with mandibular implant overdentures and conventional dentures: a randomized clinical trial in a senior population**. *International Journal of Prosthodontics*. 16(4): 390- 396, 2003.
6. Souza RF, Patrocínio L, Pero AC, Marra J, Compagnoni MA. (2007). **Reliability and validation of a Brazilian version of the Oral Health Impact Profile for assessing edentulous subjects**. *Journal of oral rehabilitation*. 34(11): 821-826, 2007.
7. Ministério da Saúde (MS). **Projeto SB2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Principais Resultados**. Brasília; 2011. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf> Acesso em: 13 fev. 2023.
8. Gjengedal H, Berg E, Bøe OE, Trovik TA. **Self-reported oral health and denture satisfaction in partially and completely edentulous patients**. *International Journal of Prosthodontics*. 24(1):9-15, 2011.
9. Ritchie CS, Joshipura K, Hung HC, Douglass CW. **Nutrition as a mediator in the relation between oral and systemic disease: associations between specific measures of adult oral health and nutrition outcomes**. *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine*. 13(3): 291-300, 2002. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/11286067_Nutrition_as_a_Mediator_in_the_Relation_between_Oral_and_Systemic_Disease_Associations_between_Specific_Measures_of_Adult_Oral_Health_and_Nutrition_Outcomes Acesso em 13 fev. 2023.
10. World Health Organization. **Preventing chronic diseases: a vital investment**. *World Health Organization*; 2005. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43314/9241563001_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em 13 fev. 2023.

11. Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization**. (S, Gontijo Trad.), Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 60p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em 13 fev. 2023.
12. Perea C, Suárez García MJ, Rio Highsmith JD, Torres Lagares D, Montero J, Castillo de Oyagüe R. **Oral health-related quality of life in complete denture wearers depending on their socio-demographic background, prosthetic-related factors and clinical condition**. *Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal*. 18(3): e371, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3668860/> Acesso em 13 fev. 2023.
13. Slade GD, Spencer AJ. **Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile**. *Community dental health* 11(1): 3-11, 1994 apud Ulinski KGB, do Nascimento MA, Lima AMC, Benetti AR, Poli-Frederico RC, Fernandes KBP, Fracasso, MLC, Maciel SM. **Factors related to oral health-related quality of life of independent brazilian elderly**. *International journal of dentistry* 2013. 2013.
14. Oliveira BH, Nadanovsky P. **Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile—short form**. *Community dentistry and oral epidemiology*. 33(4): 307-314, 2005.
15. Barbieri CH, Rapoport A. **Avaliação da qualidade de vida dos pacientes reabilitados com próteses implanto-muco-suportadas versus próteses totais convencionais**. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 38(2): 84-87, 2009.
16. Assunção WG, Barão VAR, Delben JA, Gomes ÉA, Tabata LF. **A comparison of patient satisfaction between treatment with conventional complete dentures and overdentures in the elderly: a literature review**. *Gerodontology*. 27(2): 154-162, 2010.
17. de Souza ME, Villaça ÊL, de Magalhães CS, Ferreira E. **Impacto da perda dentária na qualidade de vida**. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15(3):841-850, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4F7xZCbPw8RgtQHgCjChkfd/> Acesso em 13 fev. 2023.
18. Macedo CG, Queluz DP. **Quality of life and self-perceived oral health among workers from a furniture industry**. *Brazilian Journal of Oral Sciences*. 10(4): 226-232, 2011. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/bjos/v10n4/a01v10n4.pdf> Acesso em 13 fev. 2023.
19. Ulinski KGB, do Nascimento MA, Lima AMC, Benetti AR, Poli-Frederico RC, Fernandes KBP, Fracasso, MLC, Maciel SM. **Factors related to oral health-related quality of life of independent brazilian elderly**. *International journal of dentistry*. 2013, 2013. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/ijjd/2013/705047/> Acesso em 13 fev. 2023.

20. de Souza RF, Terada ASSD, Vecchia MPD, Regis RR, Zanini AP, Compagnoni MA. **Validation of the Brazilian versions of two inventories for measuring oral health-related quality of life of edentulous subjects.** Gerodontology. 29(2), e88-e95, 2012.
21. de Souza RF, Patrocínio L, Pero AC, Marra J, Compagnoni MA. **Reliability and validation of a Brazilian version of the Oral Health Impact Profile for assessing edentulous subjects.** Journal of oral rehabilitation. 34(11): 821-826, 2007.
22. Goiato MC, Bannwart LC, Moreno A, Dos Santos DM, Martini AP, Pereira LV. **Quality of life and stimulus perception in patients' rehabilitated with complete denture.** Journal of oral rehabilitation. 39(6): 438-445, 2012.
23. Reissmann DR, John MT, Schierz O, Kriston L, Hinz A. (2013). **Association between perceived oral and general health.** Journal of dentistry. 41(7): 581-589, 2013. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300571213001309> Acesso em 13 fev. 2023.
24. de Sousa VMC, Guariento ME. **Avaliação do idoso desnutrido.** Rev Bras Clin Med. 7: 46-9, 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n1/a46-49.pdf> Acesso em 13 fev. 2023.
25. Cousson PY, Bessadet M, Nicolas E, Veyrune JL, Lesourd B, Lassauzay C. **Nutritional status, dietary intake and oral quality of life in elderly complete denture wearers.** Gerodontology. 29(2): e685- e692, 2012. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1741-2358.2011.00545.x> Acesso em 13 fev. 2023.
26. de Melo Costa S, Adelário AK, Vasconcelos M, Abreu MHNG. **Modelos explicativos da cárie dentária: do organicista ao ecossistêmico.** Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada. 12(2): 285-291, 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/274692469_Modelos_Explicativos_da_Carie_e_Dentaria_Do_Organicista_ao_Ecossistemico Acesso em 13 fev. 2023.
27. Gomes VE, da Silva DD. **A importância do controle de placa dental na clínica odontológica.** Arquivos em Odontologia. 46(1): 22-27, 2016. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v46n1/a04v46n1.pdf> Acesso em 13 fev. 2023.
28. Esmeriz CE, Meneghim MC, Ambrosano G. **Self-perception of oral health in non-institutionalised elderly of Piracicaba city, Brazil.** Gerodontology. 29(2): e281-e289, 2012.
29. Gil-Montoya JA, Ponce G, Lara IS, Barrios R, Llodra JC, Bravo M. **Association of the oral health impact profile with malnutrition risk in Spanish elders.** Archives of gerontology and geriatrics. 57(3): 398- 402, 2013.
30. Volkweis MR, Blois MC, Zanin R, Zamboni R. **Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Câncer Bucal em um CEO.** Revista de Cirurgia e Traumatologia

Buco-maxilo-facial. 14(2): 63-70, 2014. Disponível em:
<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rctbmf/v14n2/a11v14n2.pdf> Acesso em 13 fev. 2023.

31. Kurushima Y, Matsuda KI, Enoki K, Ikebe K, Maeda Y. **Does case severity make a difference to clinical improvement following complete denture treatment?** International Journal of Prosthodontics. 28(2): 161-166, 2015.

32. Turano JC, Turano, LM. **Fundamentos de prótese total.** In: Fundamentos de prótese total. Rio de Janeiro: Quintessence, 1989.

33. Pisani MX, Malheiros-Segundo, ADL, Balbino KL, Souza RDF, Paranhos HDFO, Lovato da Silva CH. **Oral Health related quality of life of edentulous patients after denture relining with a silicone-based soft linear.** Gerodontology. 29(2); e474-e480, 2012. Disponível em;
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1741-2358.2011.00503.x> Acesso em 13 fev. 2023.

34. Alves RP. **Prevalências de desnutrição e de risco de desnutrição em idosos não institucionalizados, residentes no município de São Paulo, São Paulo.** [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006. Mestrado em Nutrição Humana Aplicada.

35. Madhuri S, Hegde SS, Ravi S, Deepti A, Simpy M. **Comparison of chewing ability, oral health related quality of life and nutritional status before and after insertion of complete denture amongst edentulous patients in a Dental College of Pune.** Ethiopian journal of health sciences. 24(3): 253-260, 2014. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/265343168_Comparison_of_Chewing_Ability_Oral_Health_Related_Quality_of_Life_and_Nutritional_Status_Before_and_After_Insertion_of_Complete_Denture_amongst_Edentulous_Patients_in_a_Dental_College_of_Pune Acesso em: 13 fev. 2023.

36. Raggio A. **Responsabilidade sanitária: é possível definir o tamanho da integralidade no cuidado dos serviços públicos e privados?** 2008 Disponível em: <https://lappis.org.br/site/responsabilidade-sanitaria-e-possivel-definir-o-tamanho-da-integralidade-no-cuidado-nos-servicos-publicos-e-privados/2678> Acesso em: 13 fev. 2023.