

## O impacto do uso de prótese dentária na qualidade de vida de adultos e idosos

*The impact of the use of dental prostheses in the quality of life of adults and elderly*

Maira Rozenfeld Olchik  
Annelise Ayres  
Monia Presotto  
Rute Lopes Baltezan  
Andrea Kruger Gonçalves

**RESUMO:** Este estudo teve como objetivo verificar o impacto do uso de prótese dentária na qualidade de vida de idosos. Aplicou-se anamnese, avaliação da qualidade através da Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-Bref e avaliação de motricidade orofacial. Na amostra estudada foi encontrada diferença na qualidade de vida quando relacionada ao uso de prótese dentária no domínio referente às relações sociais. Nos demais domínios, não foi encontrada diferença, na comparação com a literatura.

**Palavras-chaves:** Prótese dentária; Qualidade de vida; Idoso.

**ABSTRACT:** *This study had to objective determine the impact of using dental prosthesis in quality of life of seniors. Applied anamnesis, quality assessment through the Quality of Life Scale and WHOQOL-Bref and assessment Orofacial. The sample was difference in quality of life as related to the use of dental prosthesis in the field related to social relations. In other areas not found a difference compared to the literature.*

**Keywords:** *Dental prosthesis; Quality of life; Aged.*

## Introdução

A alta incidência de perdas dentárias é uma realidade que a população brasileira enfrenta apesar de todo o avanço da Odontologia. A perda dentária altera a homeostase do sistema estomatognático, devido à modificação de parte do esqueleto facial, associada à perda de osso alveolar e resposta neuromuscular, interferindo na realização das funções de mastigação, deglutição e fala.

Alguns problemas médicos-sistêmicos podem ser exacerbados quando há limitações na habilidade para mastigar ou consumir uma dieta balanceada. As próteses dentárias retratam a possibilidade de melhora na realização dessas funções e do restabelecimento da estética, porém a adaptação das próteses requer cuidados, uma vez que a modificação morfofuncional pode dificultar a acomodação e a estabilidade, principalmente nos casos de próteses totais (Cunha *et al.*, 1999; Fazito *et al.*, 2004; Caldas Júnior *et al.*, 2005).

A prótese dentária é um recurso que possibilita melhorar a mastigação, fonação, deglutição e a autoestima do idoso com perdas dentárias. A função é o fator predominante no interesse dos pacientes pela reabilitação com prótese total (Silva & Goldenberg, 2001; Fajardo *et al.*, 2002).

A qualidade de vida (QV) é uma noção essencialmente humana, que vem sendo aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental (Minayo *et al.*, 2000). A QV não se limita às condições objetivas de que dispõem os sujeitos, tampouco no tempo de vida que estes possam ter, mas no significado que dão a essas condições e à maneira conforme vivem. Sob essa concepção, a percepção sobre a qualidade de vida é variável em relação a grupos ou sujeitos (Almeida, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1995), qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

A QV diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se esforça para conquistar, consciente ou inconscientemente, e ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, cabendo ao setor de saúde uma parcela de formulação e responsabilidades significativas (Minayo *et al.*, 2000).

Dessa forma, a saúde, e nela a saúde bucal, representa um fator primordial para uma boa QV, que pode ser caracterizada como a ausência de dor, mantendo um autoconceito positivo frente à vida e considerando-se o grau com que uma pessoa desfruta as possibilidades realmente importantes de sua existência (Jitomirski, 2000). Portanto, a cavidade bucal influencia bastante a QV, tanto no nível biológico quanto no psicológico e social, através da autoestima, autoexpressão, comunicação e estética facial (Gift & Red Ford, 1992).

O estudo da QV se configura como preventivo, promovendo o bem-estar físico, psicológico e social de homens e mulheres em todo o seu desenvolvimento humano (Freire, 2003). Definir a QV na velhice é um trabalho complexo, pois esse é um fenômeno multideterminado e multidimensional, isto é, significa diferentes coisas para diferentes pessoas. Em qualquer sociedade e momento do ciclo de vida, a qualidade de vida é um fenômeno de várias faces (Neri, 2001).

Para medir diretamente a saúde dos indivíduos, têm-se desenvolvido e testado instrumentos estruturados e simplificados, capazes de reconhecer os estados de “completo bem-estar físico, mental e social” dos sujeitos. A QV é uma importante medida de impacto em saúde. O interesse pela mensuração da QV é relativamente recente, tanto nas práticas assistenciais quanto nas políticas públicas, nos campos de prevenção de doenças e promoção da saúde (Guyatt *et al.*, 1993; Coons *et al.*, 2000; Seidl & Zannon, 2004; Brousse & Boisaubert, 2007).

A cada dia, a saúde se preocupa não apenas com a resolução de um problema, que muitas vezes não é possível, mas sim em manter a qualidade de vida do idoso. Com isso existem vários instrumentos utilizados para verificar a QV, podendo ser divididos em dois grupos: genéricos e específicos (Campos & Neto, 2008).

Os instrumentos genéricos são utilizados na avaliação da QV da população em geral. Em relação ao campo de aplicação, usam-se questionários de base populacional sem especificar enfermidades, sendo mais apropriadas a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde. Os mais frequentemente utilizados no mundo são: Sickness Impact Profile (SIP), Nottingham Health Profile (NHP), McMaster Health Index Questionnaire (MHIQ), Rand Health Insurance Study (Rand HIS), The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36), Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100), entre outros (Patrick & Deyo, 1989; Coons *et al.*, 2000).

Os instrumentos específicos são capazes de avaliar, de forma individual e específica, determinados aspectos da QV, proporcionando maior capacidade de detecção de melhora ou piora do aspecto em estudo. Sua principal característica é a sensibilidade de medir as alterações, em decorrência da história natural ou após determinada intervenção. Podem ser específicos para uma determinada população, enfermidade, ou para uma determinada situação (Katz *et al.*, 1992; Guyatt *et al.*, 1997; Coons *et al.*, 2000).

A partir do WHOQOL-100, originou-se o WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life), versão abreviada, validado para o Brasil, constituído de 26 questões, que tem o mesmo objetivo. O WHOQOL-Bref divide-se em quatro domínios, os quais se propõem a avaliar, respectivamente aspectos como: capacidade física, bem-estar psicológico, relações sociais e contexto ambiental. Além disso, constitui um domínio que avalia a QV global. Cada domínio é composto por questões, cujas alternativas variam numa intensidade de 1 a 5 (Hwang *et al.*, 2003; Fleck, 2000; Pereira *et al.*, 2006).

Tendo em vista o exposto, este estudo tem como objetivo verificar o impacto do uso de prótese dentária na qualidade de vida de idosos.

## **Métodos**

A pesquisa realizada foi do tipo exploratória de corte transversal. Os indivíduos participantes dessa pesquisa foram provenientes da Clínica III da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); do Projeto de Extensão da UFRGS, vinculado à Escola de Educação Física, intitulado Centro de Esporte, Lazer e Recreação do Idoso (CELARI); e do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Anair, que pertence à Prefeitura Municipal de Cachoeirinha (RS). O grupo-controle foi proveniente dos mesmos locais, constituído por indivíduos não usuários de prótese dentária.

Foram obedecidos os seguintes critérios de inclusão: ter mais que 50 anos, fazer uso de prótese dentária parcial superior e/ou inferior e total superior e/ou inferior, estar adaptado ao uso das próteses, e concordar em participar deste estudo.

Os critérios de exclusão constituíram-se por: ter menos que 50 anos, ter realizado atendimento fonoaudiológico após adaptação da prótese dentária, ter alteração

de linguagem que impossibilite a compreensão, não aceitar realizar todos os protocolos. Foram excluídos desta pesquisa 24 indivíduos que não preencheram os critérios de inclusão.

Os materiais utilizados foram: anamnese; avaliação da qualidade através da Escala de Qualidade de Vida WHOQOL Bref, e avaliação de motricidade orofacial.

Primeiramente, realizou-se a coleta dos dados, tais como, nome, idade, tipo de prótese dentária e tempo de uso. Os pacientes que preencheram os critérios de inclusão foram convidados a realizar avaliação fonoaudiológica em dia e horário previamente agendado.

A avaliação fonoaudiológica iniciou-se com a aplicação de uma anamnese composta por perguntas sobre dados sociodemográficos como idade, sexo, escolaridade, profissão, estado civil e renda, doenças pré-existentes, tratamento médico em andamento, medicações utilizadas.

Após a anamnese, foi realizada a avaliação sendo composta por duas etapas: a primeira com o paciente em pé na postura habitual, quando foi realizada a observação das características corporais relevantes e das características faciais gerais. Logo em seguida, na segunda etapa com o paciente sentado, foi realizada a avaliação antroposcópica das estruturas orofaciais e a avaliação as funções orais, através da observação e da apalpação. A avaliação foi registrada em protocolos específicos, em fotos da face de frente e de perfil e, em vídeo, durante a realização da mastigação e da deglutição para possibilitar análise, verificação posterior e confirmação dos dados.

Para a avaliação da função mastigatória, foi utilizado pão de sal e solicitado ao participante que mastigasse cinco porções, totalizando 1/3 de um pão de água, de forma habitual. Não foi desprezada nenhuma porção na análise, pois o participante poderia apresentar piora ou ainda melhora na mastigação, tanto pelo cansaço ou por ter aprendido o movimento durante a execução. Foram anotados os tempos de cada porção e a média das quatro últimas. Além disso, observou-se a predominância de mastigação uni ou bilateral. Os dados foram registrados no protocolo de avaliação fonoaudiológica miofacial.

Em seguida à avaliação, foi aplicada a Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-Bref, traduzida e validada para o Brasil. Tal escala é composta por 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representando cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Essas questões são divididas em quatro domínios, sendo eles: domínios 1 (físico), 2 (psicológico), 3 (relações sociais) e

4 (meio ambiente). As perguntas foram feitas pelo pesquisador aos pacientes, lendo-se a pergunta e posteriormente todas as alternativas.

Para a análise estatística dos dados obtidos, foi utilizado o software Statistical Package for Social Science (SPSS) v. 14.0 for Windows.

Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética Central em Pesquisa da UFRGS sob o n.º 19921.

## Resultados

Fizeram parte desta pesquisa, 41 indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 54 anos e 91 anos, divididos em cinco grupos, conforme tabela 1, a seguir:

**Tabela 1: Número de indivíduos por grupos**

	Quantidade	Tipo de Prótese Dentária
<b>G1</b>	6	Prótese dentária total superior ou inferior
<b>G2</b>	5	Prótese dentária parcial removível superior ou inferior
<b>G3</b>	9	Prótese total superior e inferior
<b>G4</b>	14	Prótese parcial removível superior e inferior
<b>G5</b>	7	Prótese total superior e prótese parcial removível inferior ou prótese parcial removível superior e prótese total inferior

Na tabela 2, a seguir, apresentamos o perfil sociodemográfico de cada grupo. A média de idade entre os grupos variou de 68,67 anos a 72,71 anos. A escolaridade foi maior no G2, sendo a média de 16 anos e o G5 apresentou a menor média de escolaridade sendo de 5 anos. Quanto ao número de doenças percebe-se pouca variação entre as médias dos cinco grupos, sendo entre 1,20 a 2,14.

**Tabela 2: Perfil sociodemográfico**

	Idade		Escolaridade		Número de doenças	
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão
<b>G1</b>	68,67	7,65	10,50	0,70	1,20	0,44
<b>G2</b>	71,40	11,54	16,00	0,00	1,75	0,95
<b>G3</b>	71,11	3,72	11,20	5,35	2,11	0,92
<b>G4</b>	71,29	7,39	9,83	2,58	2,14	0,94
<b>G5</b>	72,71	7,67	5,00	4,08	1,67	1,21

Na tabela 3, a seguir, observamos os dados quanto a sexo e estado civil dos sujeitos da pesquisa. Em todos os grupos observou-se um predomínio de pessoas do sexo feminino. Além de um predomínio de pessoas casadas.

**Tabela 3: Perfil sociodemográfico 2**

	Sexo		Estado civil			
	feminino	masculino	solteiro	casado	viúvo	divorciado
<b>G1</b>	4	2	0	5	1	0
<b>G2</b>	5	0	0	1	4	0
<b>G3</b>	7	2	0	4	2	3
<b>G4</b>	11	3	1	10	3	0
<b>G5</b>	5	2	1	4	2	0

Na tabela 4, foram relatados os escores obtidos no WHOQOL, em cada um dos quatro domínios do protocolo, com relação ao tipo de prótese utilizada:

**Tabela 4: Relação entre tipo de prótese e escore no WHOQOL**

	Psicológico		Relações Sociais		Meio Ambiente		Físico	
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão
<b>G1</b>	16	5,09	13,05	3,08	16,41	7,2	14,28	7,22
<b>G2</b>	18,4	6,29	12,8	2,69	18,5	8,95	19	8,34
<b>G3</b>	17,03	5,16	12,88	2,74	18,05	10,21	17,09	8,13
<b>G4</b>	21,19	5,73	12,76	1,51	26,35	9,85	23,36	8,42
<b>G5</b>	17,14	6,41	14,14	2,58	21,57	11,36	18,85	10,07

## Discussão

De acordo com a literatura, a preocupação com o conceito de “*qualidade de vida*” refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Este movimento vem crescendo a cada ano. Atualmente, mais pesquisadores têm incluído, em seus estudos, além das análises referentes aos sintomas, causas, características das doenças e/ou problemas de saúde, a pesquisa da qualidade de vida dessas pessoas. Isso com o intuito de se analisar o indivíduo como um todo, considerando-se a necessidade de não se preocupar somente em acrescentar “anos à vida”, mas também a necessidade de acrescentar “vida aos anos” (Fleck *et al.*, 1999).

No estudo de validação da escala WHOQOL-Bref, encontrou-se no grupo-controle, composto por pessoas saudáveis que não se encontravam hospitalizadas, os escores para cada domínio de: domínio 1 (físico) 16,6, domínio 2 (psicológico) 15,6, domínio 3 (relações sociais) 15,5, domínio 4 (meio ambiente) 14,0 (Fleck *et al.*, 2000).

Corroborando com os achados deste estudo, encontramos no domínio físico 1 média de G1 -14,28, G2- 19,00, G3- 17,09, G4- 23,36 e G5- 18,85. Valores superiores aos encontrados na literatura, exceto para o grupo 1 composto por usuários de total superior ou inferior.

As médias encontradas no domínio psicológico foram G1- 16, G2- 18,4, G3- 17,3, G4- 21,19 e G5- 17,14, todas superiores ao encontrado na literatura. Com isso percebemos que, quanto ao domínio psicológico, idosos usuários de prótese dentária não apresentam diminuição nos escores, quando comparados ao grupo-controle de validação do protocolo.

No domínio relações sociais, as médias encontradas foram G1 -13,05, G2- 12,8, G3 -12,88, G4 12,76 e G5 14,14. Percebemos que todos os grupos apresentaram escores inferiores aos encontrados na literatura. Isso pode ocorrer devido ao envelhecimento e às condições da prótese dentária, que, por vezes, estão mal adaptadas e interferem na alimentação e na fala. Fator esse que pode fazer com que se evite estar em locais públicos, diminuindo suas relações sociais, por vergonha da sua condição dentária.

No domínio meio ambiente encontraram-se médias superiores às encontradas na literatura, G1- 16,41, G2- 18,5, G3- 18,05, G4- 26,35 e G5- 21,57. Com isso percebemos que, quanto ao domínio referente ao meio ambiente, idosos usuários de prótese dentária não apresentam diminuição na qualidade de vida.

Embora as médias de tais domínios tenha corroborado com o encontrado na literatura, exceto no domínio 3, percebemos uma discordância quando comparados os desvios-padrão. No estudo de validação, encontrou-se desvio-padrão de 2,1, nos domínios físico, psicológico e meio ambiente e desvio-padrão de 2,6, no domínio de relações sociais. Em nosso estudo, encontramos, no domínio físico, desvio-padrão de G1- 7,22, G2- 8,34, G3- 8,13, G4- 8,42, G5- 10,07. No domínio psicológico, G1- 5,09, G2- 6,29, G3-5,16, G4- 5,73 e G5- 6,41. No domínio relações sociais, G1- 3,08, G2- 2,69, G3-2,74, G4- 1,51 e G5- 10,07. No domínio meio ambiente, G1 – 7,2, G2- 8,95, G3- 10,21, G4- 9,85 e G5- 11,36. Com esses dados, percebemos que, na amostra estudada, houve uma grande variação dos escores encontrados em cada domínio do teste.

Com os dados obtidos, percebemos que o grupo 1, composto por usuários de prótese dentária total superior ou inferior, apresentou os piores escores no teste. O grupo 2, composto por usuários de prótese parcial removível superior e inferior, apresentou os melhores escores no teste.

Encontramos um predomínio de idosos do sexo feminino na amostra (78%). De acordo com o Informe Brasil para a III Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e Caribe, em 2010, dos mais de 20 milhões de idosos, 55,5% eram do sexo feminino. Isso pode ser justificado pela menor mortalidade da população feminina, o que explica esse diferencial na composição por sexo e fazendo com que a população feminina cresça a taxas mais elevadas do que a masculina. Como consequência, quanto “mais velha” for a amostra estudada maior será a proporção de mulheres. Em outros estudos que correlacionaram à saúde bucal com a qualidade de vida do idoso, encontrou-se um predomínio de mulheres na amostra (Carezza *et al.*, 2010; Joaquim, 2009; Vasconcellos *et al.*, 2012).

A predominância da população feminina entre os idosos é comprovada internacionalmente e é maior nos países desenvolvidos. Na Europa e na América do Norte, a razão de sexos é bastante baixa. Em 2000, a razão de sexos do Reino Unido e do Japão foi de 77% e a da população brasileira, de 81,6%. Em outras regiões, tais como

no sul da Ásia, essa relação não é tão clara, talvez devido ao viés masculino na população como um todo (Camarano, 2003).

Percebemos com este estudo a importância de se pensar no usuário de prótese dentária como um sujeito. Não somente olhando para seus dentes. É importante um trabalho interdisciplinar entre fonoaudiologia e odontologia para que se relacionem questões como qualidade de vida e prótese dentária.

Tal trabalho interdisciplinar entre a fonoaudiologia e a odontologia propiciaria a aplicação de um dos princípios doutrinários da política de saúde do Estado brasileiro – o Sistema Único de Saúde (SUS), a ‘integralidade’. Segundo a Lei Federal 8.080/90, em seu capítulo II, integralidade consiste em um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Silva *et al.*, 2010).

Teoricamente, integração significa coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde. O conceito de integralidade nos remete ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da comprovação de que nenhuma delas dispõe de todos os recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (Hartz *et al.*, 2004).

A aplicação dessa integração nos cuidados em saúde parte de uma coordenação constante das práticas clínicas destinadas ao paciente que sofre com problemas de saúde, visando a garantir a continuidade e a globalidade dos serviços solicitados de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis (Hartz *et al.*, 2004).

Em uma revisão de literatura sobre a integralidade em saúde, encontrou-se, dentre os resultados, que a mesma somente se “expressa” nas práticas, e estas sempre são realizadas a partir das relações entre os atores nos variados serviços. Para caracterizarmos uma equipe como equipe integrada, há a necessidade de se preservarem as especificidades dos diferentes trabalhos e se articularem as ações realizadas por parte de cada um e por todos os integrantes. Desse modo, na busca de uma transformação do modelo assistencial vigente e da produção de práticas de integralidade em saúde, não basta justapor saberes, sendo necessário agir com o outro (Silva *et al.*, 2010).

Percebemos a falta de estudos que relacionem questões bucais como o uso de prótese dentária com qualidade de vida. A grande maioria dos estudos refere-se somente à autopercepção de saúde bucal.

## Conclusão

Na amostra estudada foi encontrada diferença na qualidade de vida quando relacionada ao uso de prótese dentária no domínio 3, relações sociais. Nos demais domínios não foram encontrados diferenças.

Percebemos com este trabalho a importância de se verificar a qualidade de vida durante o processo de adaptação da prótese dentária, a fim de que se possa propiciar ao indivíduo uma adaptação mais rápida e eficaz, que venha a trazer somente benefícios a sua vida.

## Referências

- Almeida, M.A.B.de, Gutierrez, G.L. & Marques, R. (2012). Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo (SP): Escola de Artes, Ciências e Humanidades-EACH/USP. Recuperado em 06 julho, 2012, de: [http://www.each.usp.br/edicoeseach/qualidade\\_vida.pdf](http://www.each.usp.br/edicoeseach/qualidade_vida.pdf).
- Biazevic, M.G.H., Michel-Crosato, E., Iagher, F. *et al.* (2004). Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. São Paulo (SP): *Brazilian oral research*, 18(1), 85-91.
- Brasil (2006). *Cadernos de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- Brousse, C. & Boisaubert, B. (2007). Quality of life and scales measuring. *R. Méd. Int.*, 28, 458-462.
- Caldas Júnior, A.F., Caldas, K.U., Oliveira, M.R.M., Amorim, A.A. & Barros, P.M.F. (2005, maio/jun.). O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos. Campinas (SP): *Rev. Ciências Médicas*, 14(3), 229-238.
- Camarano, A.A. (2003, dez.). Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? São Paulo (SP): *Estud. Av.*, 17(49).
- Campos, M.O. & Neto, J.R.N. (2008, maio/ago.). Qualidade de Vida: Um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 32(2), 232-240.
- Coons, S.J., Rao, S., Keininger, D.L. & Hays, R.D. (2000). A comparative review of generic quality of life instruments. *Pharmacoeconomics*, 17, 13-35.
- Olchik, M.R., Ayres, A., Presotto, M., Baltezan, R.L. & Gonçalves, A.K. (2013, setembro). O impacto do uso de prótese dentária na qualidade de vida de adultos e idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(5), pp.107-121. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

- Cormarck, E. (s/d). *A saúde oral do idoso*. Recuperado em 05 junho, 2012, de: <http://www.odontologia.com.br/atigos/geriatria.html>.
- Cunha, C.C., Felício, C.M. & Bataglioni, C. (1999). Condições miofuncionais orais em usuários de próteses totais. São Paulo (SP): *Pró-Fono Rev. de Atualização Científica*, 11(1), 21-26.
- Fajardo, R.S., Sundefeld, M.L.M.M., Cação, F.M., Nepomuceno, G.C., Amaral, T.C., Goiato, M.C. & Marfinati, S.M.A.P. (2002, abr./jun.). Análise das condições funcionais e psicológicas em pacientes edêntulos portadores de próteses totais. Belo Horizonte (MG): *Arquivos em Odontologia*, 38(2), 87-94.
- Fazito, L.T., Perim, J.V. & Di Ninno, C.Q.M.S. (2004). Comparação das queixas alimentares de idosos com e sem prótese dentária. São Paulo (SP): *Rev CEFAC*, 6(2), 143-50.
- Fleck, M.P.A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-Bref”. São Paulo (SP): *Rev. Saúde Pública*, 34(2), 178-83.
- Fleck, M.P.A., Leal, O.F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). São Paulo (SP): *Rev Bras Psiquiatr*, 21(1).
- Felicio, C.M. & Cunha, C.C. (2005). Relações entre condições miofuncionais orais e adaptação de próteses totais. Curitiba (PR): *Revista Brasileira de Prótese Clínica e Laboratorial*, 7(36), 195-202.
- Freire, S.A. (2003). Educação permanente e qualidade de vida na velhice – meta e desafio na atualidade. In: *3º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia. Anais*. Santos, SBGG - São Paulo (SP).
- Freitas, K.M.de., Oliveira, P.E.F.de, Paranhos, H.de F.O., Muglia, V.A. & Pardini, L.C. (2001, nov./dez.). Avaliação do grau de satisfação de pacientes reabilitados com próteses totais convencionais. São Paulo (SP): *Revista Paulista de Odontologia*, 23(6), 25-28.
- Gifith, C. & Red Ford, M. (1992). Oral health and the quality of life. *Clinic Geriatric Medicine*, 8(53), 673- 683.
- Guyatt, G.H., Feeny, D.H. & Patrick, D.L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Ann. Intern. Med.*, 9, 618-622.
- Hartz, Z.M. de A. & Contandriopoulos, A.P. (2004). Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Rio de Janeiro (RJ): *Cad. Saúde Pública*, 20(2), 331-336.
- Hwang, H., Liang, W., Chiu, Y. & Lin, M. (2003). Suitability of the WHOQOL-Bref for community-dwelling older people in Taiwan. *Age Ageing*, 32(6), 593-600.
- Jitomirski, F. (2000). Atenção a idosos. In: Pinto, V.G. *Saúde Bucal Coletiva*. (4ª ed.). Santos (SP).
- Joaquim, A.M.C. (2009). Análise comparativa da condição bucal, sistêmica e sociodemográfica de idosos brasileiros e canadenses, relacionados à qualidade de vida.

Tese de doutorado em Odontologia. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo.

Katz, J.N., Larson, M.G., Phillips, C.B., Fossel, A.H. & Liang, M.H. (1992). Comparative measurement sensitivity of short and longer health status instruments. *Med. Care*, 30, 917-925.

Mello, A.L.S.F., Moysés, S.J. & Castro, R.G. (2009, jan./mar.). Cuidado dirigido à saúde bucal: significados atribuídos por cuidadores de idosos. Maringá (PR): *Ciênc Cuid Saúde*, 8(1), 27-33.

Mello, A.L.S.F., Erdmann, A.L. & Caetano, J.C. (2008, out./dez.). Saúde Bucal do Idoso: por uma Política Inclusiva. Florianópolis (SC): *Texto Contexto Enferm*, 17(4), 696-704.

Minayo, M.C.S., Hartz, Z.M.A. & Buss, P.M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Rio de Janeiro (RJ): *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 25-33.

Miranda, A.F.M.P.A.F., Miranda, L.E.N. & Leal, S.C. (2011, jan.). *Revista Portal de Divulgação*, 6, Recuperado em 06 julho, 2012, de: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>.

Moimaz, S.A.S., Santos, C.L.V., Pizzato, E., Garbin, C.A.S. & Saliba, N.A. (2004, jul./set.). Perfil de utilização de próteses totais em idosos e avaliação da eficácia de sua higienização. São José dos Campos (SP): *Ciênc Odontol Bras*, 7(3), 72-78.

Montenegro, F.L.B., Marchini, L. & Manett, C.E. (2011, fev.). Atenção odontológica para idosos em unidades de internação. São Paulo (SP): *Revista Portal de Divulgação*, 7. Recuperado em 06 março, 2012, de: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>.

Neri, A.L. (2001). Velhice e qualidade de vida na mulher. In: Neri, A.L. *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas (SP): Papirus.

OMS. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 403-409.

Padilha, D.M.P., Baldeveolto, J., Sool, L., Bercht, S. & Petry, P. (1998, jan./abr.). Odontogeriatría na universidade para não perder tempo. Porto Alegre (RS): *Rev Fac Odont*, 39(1), 14-16.

Patrick, D.L. & Deyo, R.A. (1989). Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Medical Care*, 27(3), 217-232.

Pereira, R., Cotta, R. & Franceschini, P. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. Porto Alegre (RS): *Revista de Psiquiatria RS*, 28(1), 27-38.

Seidl, E.M.F. & Zannon, C.M.L.C. (2004, mar./abr.). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Rio de Janeiro (RJ): *Cad. Saúde Públ.*, 20(2), 580-588.

Silva, L.G. & Goldenberg, M. (2001). A mastigação no processo de envelhecimento. *Revista CEFAC*, 3, 27-35. São Paulo (SP): CEFAC.

Silva, R.V.G.de O. & Ramos, F.R.S. (2010, jul./set.). Integralidade em saúde: revisão de literatura. Porto Alegre (RS): *Ciênc Cuid Saúde*, 9(3), 593-601.

Silva, S.R.C. & Valsecki Júnior, A. (2000). Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. *Rev Panam Salud Publica. Pan Am J Public Health* 8(4), 268-271.

Vaccarezza, G.F., Fuga, R.L. & Ferreira, S.R.P. (2010, mai.-ago.). Saúde bucal e qualidade de vida dos idosos. São Paulo (SP): *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 22(2), 134-137.

Vasconcelos, L.C.A.de, Padro Júnior, R.R., Teles, J.B.M. & Mendes, R.F. (2012, jun.). Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. Rio de Janeiro (RJ): *Cad. Saúde Pública*, 28(6), 1101-1110.

Recebido em 01/09/2013

Aceito em 20/09/2013

---

**Maira Rozenfeld Olchik** – Professor Adjunto II da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Curso de Fonoaudiologia. Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, (2008). Mestre em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2003). Especialista em Motricidade Orofacial pelo CFFa (2003). Graduada em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1997). Experiência na área de Fonoaudiologia, com ênfase em: Gerontologia, Motricidade Orofacial e Linguagem.

E-mail: mairarozefeld@hotmail.com

**Annelise Ayres** – Monitor no programa de monitoria acadêmica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. Tem experiência na área da saúde, com ênfase em Fonoaudiologia e na área de Tradução/ Interpretação de Língua Brasileira de Sinais.

E-mail: anneliseayres@hotmail.com

**Monia Presotto** – Fonoaudióloga, mestranda de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas-UFRGS, na linha de pesquisa: Neurociência clínica e experimental. Pesquisadora na área da Neurologia - Ambulatório Distúrbios do Movimento do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Especialista em Gestão da Atenção à Saúde do Idoso pelo Instituto Federal de Educação e Tecnologia do Rio Grande do Sul Escola GHC. Graduada em Fonoaudiologia pelo Centro Universitário Metodista IPA, Porto Alegre (RS). Atuação profissional em saúde pública e privada, assistência social e educação Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: moniapresotto@gmail.com

**Rute Lopes Baltezan** – Graduação em Fonoaudiologia pelo Centro Universitário Metodista - IPA (2006). Há vinte e dois anos na área da saúde, sendo que os últimos quinze anos no GHC. Integrante do corpo de enfermagem do setor de Neurologia do Hospital Cristo Redentor. Atividades extracurriculares na Casa Menino Jesus de Praga, APAE - Alvorada, Hospital Nossa Senhora da Conceição, MDCA e FADERGS, com experiência em terapia da linguagem com surdos baseado em LIBRAS. Atualmente, colaboradora na Clinfono - Clínica de Fonoaudiologia, na ARELA-Associação Regional de Esclerose Lateral Amiotrófica e no Asilo Padre Cacique.

E-mail: rute.fono@gmail.com

**Andréa Kruger Gonçalves** - Professora adjunta do curso de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Experiência na área de Educação Física, atuando principalmente nos seguintes temas: promoção da saúde e atividade física, estilos de vida e envelhecimento, aptidão física e qualidade de vida. Graduação em Escola Superior de Educação Física pela Universidade Federal de Pelotas (1993), mestrado em Ciências da Motricidade pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1996) e doutorado em Psicologia pela Universidade de São Paulo (1999).

E-mail: andreakg@terra.com.br