



UNICAMP

CLÁUDIA ELISA DE CAMPOS ESMERIZ

**AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL E QUALIDADE
VIDA EM IDOSOS NÃO-INSTITUCIONALIZADOS**

Piracicaba

2014



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

CLÁUDIA ELISA DE CAMPOS ESMERIZ

**AUTOPERCEÇÃO EM SAÚDE BUCAL E QUALIDADE VIDA EM
IDOSOS NÃO-INSTITUCIONALIZADOS**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Doutora em Odontologia na área de concentração Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim

Este exemplar corresponde à versão final da Tese defendida por Cláudia Elisa deCampos Esmeriz e orientada pelo Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim.

Piracicaba

2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

Es53a Esmeriz, Cláudia Elisa de Campos, 1971-
Autopercepção em saúde bucal e qualidade de vida em idosos não-
institucionalizados / Cláudia Elisa de Campos Esmeriz. – Piracicaba, SP : [s.n.],
2014.

Orientador: Marcelo de Castro Meneghim.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Odontologia de Piracicaba.

1. Saúde Bucal. 2. Autopercepção. 3. Idosos. 4. Qualidade de Vida. I.
Meneghim, Marcelo de Castro, 1965-. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Self-perception of oral health and quality of life in elderly
noninstitutionalized

Palavras-chave em inglês:

Oral health

Self-perception

Older people

Quality of life

Área de concentração: Saúde Coletiva

Titulação: Doutora em Odontologia

Banca examinadora:

Marcelo de Castro Meneghim [Orientador]

Eliel Soares Orenha

Silvia Amélia Scudeler Vedovello

Antonio Carlos Pereira

Luciane Miranda Guerra

Data de defesa: 21-02-2014

Programa de Pós-Graduação: Odontologia



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de Doutorado, em sessão pública realizada em 21 de Fevereiro de 2014, considerou a candidata CLÁUDIA ELISA DE CAMPOS ESMERIZ aprovada.

Prof. Dr. MARCELO DE CASTRO MENEGHIM

Prof. Dr. ELIEL SOARES ORENHA

Profa. Dra. SILVIA AMÉLIA SCUDELER VEDOVELLO

Prof. Dr. ANTONIO CARLOS PEREIRA

Profa. Dra. LUCIANE MIRANDA GUERRA

RESUMO

A apresentação deste trabalho compõe-se de dois estudos. O primeiro realizado com 308 idosos, vinculados a Unidades de Saúde da Família, cujo objetivo principal foi analisar a associação entre domínios de qualidade de vida em saúde e características epidemiológicas e sociodemográficas de idosos não institucionalizados, afim de avaliar a influência ou interferência sobre a qualidade de vida desses idosos. A maioria dos voluntários pertencia à faixa etária entre 60 a 70 anos, com média de idade (desvio-padrão) de 67,5 (2,8), predomínio do gênero feminino (63,3%), casados (62%) e com o ensino fundamental (76,6%). O índice CPO-D foi 28,5 (4,8), assim como a prevalência de uso de próteses odontológicas 80,2%. A variável dependente deste estudo foi o uso de próteses. Realizaram-se avaliações clínicas para índice CPO-D e Uso de prótese, além do uso de instrumento de avaliação subjetiva para Qualidade de Vida em idosos. Os dados foram analisados pelos testes de Qui-Quadrado ou Exato de Fisher, utilizando um índice de confiança de 95% ($\alpha=0,05$) e Regressão Logística Múltipla. A associação entre uso e necessidade de próteses às características sociodemográficas, apresentou resultado significativo estatisticamente para o gênero feminino, que apresenta mais chance de uso de elementos protéticos que o gênero masculino e, sua associação aos domínios de qualidade de vida, através de Regressão Logística Múltipla, apresentou resultados estatisticamente significativos para capacidade funcional, aspectos físicos, emocionais e dor.

O segundo estudo teve por objetivo analisar a associação entre modelo de atenção básica e a autopercepção em saúde bucal de idosos e o impacto na qualidade de vida. Foram analisadas condições de saúde bucais (OMS,1999), autopercepção em saúde bucal (GOHAI) e qualidade de vida (SF-36), de 270 usuários vinculados a 6 USFs do município de Piracicaba e 270 usuários vinculados a 6 UBSs de Piracicaba. O CPOD foi de 28,5 (4,24) para usuários de USFs e 28,6 (7,07) de UBSs, maioria do gênero feminino (64,4% nas USFs e 63,9% nas UBSs), alto uso de próteses (79,6% nas USFs e 80,4% em UBSs), e média de 68,2 anos (3,3) para usuários de USFs e 67,7 anos (4,1) para UBSs. Através da Análise Bivariada, o domínio estado geral de saúde (OR=4,88), revelou maior chance de usuários de UBSs apresentarem melhores

condições para os estratos 1 e 2. Para os estratos 3 e 4, o domínio Saúde Mental (OR=3,62) revelou maior chance de usuários de UBSs apresentarem melhores condições e para os estratos 5 e 6 nenhum resultado foi estatisticamente significativo. Através de Regressão Logística Múltipla, para os estratos 1/2 e 3/4, nenhum resultado obtido foi estatisticamente significativo. Observa-se, a necessidade de o idoso conhecer-se e autoavaliar-se, segundo suas reais condições de saúde bucal, adquirindo melhor qualidade de vida associada à saúde bucal, melhorando e promovendo saúde a partir da atenção básica, incentivando e investindo maiores recursos em saúde bucal de idosos, revertendo uma situação de muitas perdas, deficiências e necessidades.

Palavras-chave: Saúde bucal; Autopercepção de saúde Bucal, Qualidade de vida; Idosos.

ABSTRACT

The presentation of this work consists of two studies . The first conducted with 308 elderly linked to the Family Health Units , whose main objective was to analyze the association between domains of quality of life in health, and epidemiological and sociodemographic characteristics of non-institutionalized elderly , in order to assess the influence or interference on quality of life of elderly. Most volunteers belonged to the age group 60-70 years, age (mean/standard deviation) of 67.5 (2.8) , predominantly female gender (63.3%) , married (62%) and with primary education (76.6%) . The DMFT index was 28.5 (4.8), and the prevalence of use of dental prostheses 80,2%. The dependent variable for this study was the wear for prosthesis. Were made Clinical assessments for DMFT index and wear of prosthesis , and wear of subjective evaluation instrument for quality of life in the elderly. Data were analyzed by chi-square or Fisher's exact, using an index of 95% ($\alpha = 0.05$) and multiple logistic regression. The association between use of prosthesis and sociodemographic characteristics , showed statistically significant result for females , which presents more chance of using prosthetic elements than males , and their association with domains of quality of life through multiple logistic regression presented statistically significant results for functional capacity, physical aspects, emotional aspects and pain. The second study aimed to examine the association between primary care model and self-perceived oral health of older people and impact on quality of life. Were analyzed conditions of oral health (WHO, 1999), self-perceived oral health (GOHAI) and quality of life (SF-36) in 270 users linked to 6 USFs and 270 users linked to 6 UBS of Piracicaba, SP/Brazil. DMFT of 28.5 (4.24) for users USFs and 28.6 (7.07) of UBS, represented mostly by female gender (64.4 % in USFs and 63.9 % in UBSs), high prevalence wearing of dental prosthetics (79.6 % in USFs and 80.4 % in UBS) and average 68.2 years (3.3) for users USFs and 67.7 (4.1) of UBSs. By bivariate analysis, the domain general health (OR = 4.88), revealed a greater chance of users UBS had better conditions for stratum 1 and 2. For the stratum 3 and 4, the Mental Health domain (OR = 3.62) showed greater chance of users UBS has better conditions and stratum 5/6, no results statistically significant. Through multiple logistic regression, to the stratum 1/2 and 3/4, no result was

statistically significant. Observed it the need for the elderly to know yourself and self assess, according to their real conditions of oral health, acquiring better quality of life related to oral health, improving and promoting health through primary care , encouraging and investing more resources oral health of the elderly, reversing a situation of many losses , deficiencies and needs.

Keywords : Oral health, Self-Perception, quality of life, elderly.

SUMÁRIO

| | |
|---|------|
| DEDICATÓRIA | xiii |
| AGRADECIMENTOS | xv |
| INTRODUÇÃO | 01 |
| CAPÍTULO 1: USO DE PRÓTESES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS | 05 |
| CAPÍTULO 2: A ATENÇÃO PRIMÁRIA E SEU PAPEL NA SAÚDE BUCAL DO IDOSO NÃO INSTITUCIONALIZADO | 23 |
| CONSIDERAÇÕES | 42 |
| CONCLUSÃO | 43 |
| REFERÊNCIAS | 44 |
| ANEXO 1 | 46 |
| ANEXO 2 | 47 |
| ANEXO 3 | 51 |
| ANEXO 4 | 52 |
| ANEXO 5 | 53 |

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos, que de algum modo, participaram de mais esta etapa e, que direta ou indiretamente, fizeram parte e estiveram ou estão presentes na conclusão de um grande sonho. Dedico a Deus, que possibilitou cada sopro de vida e me fez forte nos momentos mais difíceis; À minha filha, Carolina, motivo pelo qual me empenho, me levanto todos os dias e luto com todas as forças; Ao meu amado esposo, Douglas, por sua compreensão, paciência, minha força e porto seguro durante todos os momentos; Meus pais, que além do sustento, deram exemplo, motivação e me fizeram ver o quão importante é o saber; A você, meu pai, que embora não esteja presente, me ensinou que a vida é feita de espera, de sabedoria; Minha mãe, que nem tenho palavras para descrever a força, a ajuda, o cuidado com a Carolina e preocupação comigo, uma luz, uma benção! À minha irmã, que trilhou bem antes o caminho da docência, que partilha de suas experiências e motivou sempre, dando ânimo e descrevendo como é bom poder fazer parte do poder educar, ensinar e aprender com outras pessoas.

AGRADECIMENTOS

Ao Magnífico Reitor da UNICAMP, Prof. Dr. José Tadeu Jorge

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, representada pelo diretor, Prof. Dr. Jacks Jorge Júnior.

Ao Prof^ª. Dr^ª. Renata Cunha M. R. Garcia, coordenadora dos cursos de Pós-graduação da FOP-UNICAMP.

À Prof^ª Dr^ª Cinthia Pereira M. Tabchoury, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

À Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pelos 19 meses concedidos de bolsa de Doutorado.

A todos amigos que passaram durante esses seis anos, indistintamente, alguns que voltaram a seus locais de origem, alguns que rumaram frente ao desconhecido e ingressaram na carreira docente, àqueles que ainda estão por aqui e que de algum modo, em algum momento compartilharam momentos comigo.

Às secretárias do Departamento de Odontologia Social, especialmente à Eliana, dedicada, sempre pronta a ajudar.

À Elisa, secretária da Farmacologia, pelo conhecimento, ajuda, disposição conosco, alunos da pós-graduação.

A todos funcionários, colaboradores, que de algum modo, participaram dessa jornada.

A todos professores do Departamento de Odontologia Social e outros Departamentos da FOP-UNICAMP, pelos conhecimentos, oportunidades, amizade, auxílio, motivação.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, que está acima de tudo. Agradeço pelas bênçãos recebidas, pela vida, pelo conhecimento, por sua graça em me permitir viver tudo que vive nesta Universidade e pelo sustento em todos os momentos.

Ao Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim, meu orientador desde o Mestrado, que desde julho de 2007, vem compartilhando conhecimentos, experiências, expectativas, enriquecendo o dia a dia. Agradeço por seu trabalho, pela dedicação, por saber repartir aquilo que adquiriu com os anos de estudo e experiência, e ainda mais, proporcionar desenvolvimento e crescimento aos graduandos e pós-graduandos.

Aos professores que transmitiram sábios conhecimentos e nos moldaram, nos transformando em profissionais aptos ao desempenho de uma das funções mais nobres, o educar.

À minha família, por TUDO! Vocês são a razão disso. Amados Douglas e Carol, obrigada. Ao meu pai, que não teve esse privilégio, mas morreu na certeza que nos encaminhou bem, ensinou o que realmente tem valor na vida. Minha mãe, minha irmã, que me proporcionaram uma maior dedicação, nas vezes que estive cheia de afazeres, e cuidaram da Carolina com todo apreço.

A todos pacientes, usuários do Sistema Único de Saúde, que voluntariamente contribuíram neste trabalho e enriqueceram meu conhecimento com suas experiências de vida, seus sentimentos. A todos funcionários e equipes nas USFs e UBSs que estive ao longo desses anos. À coordenadoria da Atenção Básica e Secretaria de Saúde do Município de Piracicaba, que possibilitaram esse estudo.

Agradeço imensamente a cooperação e contribuição de todos!

INTRODUÇÃO

A saúde bucal tem seu valor relacionado à autopercepção que o indivíduo tem, como pensa a respeito e como isso afeta sua auto-estima (Rodrigues, 2003). Cada vez mais, indicadores subjetivos de saúde complementam indicadores clínicos, para melhor compreender resultados de avaliações, individuais ou coletivas, no intuito de obter melhores políticas, programas e planos gestores e de tratamento em saúde (Silva e Castellanos, 2001).

A saúde bucal do idoso, objeto de muitos estudos nas últimas décadas (Silva, *et al* 2001; Esmeriz, *et al* 2012), justifica-se pela transição demográfica, fatores epidemiológicos e contextuais. As estimativas revelam um Brasil com aumento no número de idosos para próximas décadas, numa clara modificação do perfil epidemiológico, social e econômico populacional (Chamowicz, 1997; Vargas *et al*, 2011). Essa expectativa de vida, somente é positiva, se acompanhada de qualidade de vida, no seu mais amplo sentido (transporte, saúde, educação, lazer, moradia) (Locker, 1997). O fator histórico de modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil, junto à exclusão da saúde bucal para o idoso, a percepção da saúde bucal, qualidade de vida e autoestima, influenciaram a saúde bucal do idoso que, à parte das ações de promoção e prevenção, utilizou atendimentos emergenciais, com tratamentos particulares, em um sistema exclusivamente curativo, por muitas décadas (Vargas *et al*, 2011).

Partindo desse contexto de envelhecimento atual da população, indicadores epidemiológicos em odontologia, obtidos por levantamentos nacionais (Brasil, 2004; Brasil, 2011) a faixa compreendida por idosos, permanece com altas taxas de edentulismo (46% totalmente edêntulos), uso e necessidade de próteses entre idosos, 22% sem próteses e 40% com necessidade de pelo menos um tipo de prótese removível (SB Brasil, 2003). Os dados apresentados no SB Brasil 2010, pouca coisa foi modificada, resultando em 23% com necessidade de próteses em pelo menos um dos maxilares, uma necessidade de 15% de idosos para ambos os arcos, totalizando 3 milhões de idosos com necessidades de próteses totais e 4 milhões com necessidades de próteses parciais. Isso tem como significado em saúde bucal o fato de que o

idoso de hoje foi pouco beneficiado pelos atuais avanços na área de saúde, mais especificamente em odontologia, tendo participado de um modelo de atenção que excluía o adulto e o idoso em sua totalidade.

Para Neri, 2000, a qualidade de vida está direcionada para o aproveitamento do indivíduo às oportunidades e possibilidades que a vida lhe oferece. A qualidade de vida se constrói a partir do bom relacionamento do indivíduo consigo e com o meio em que vive (Carvalho, *et al*, 1998). Quanto mais a população envelhece, maior o sentido de qualidade de vida, maior busca em se proporcionar saúde, em promover bem estar físico, psíquico, social e melhor auto conceito (Werner *et al*, 1998).

Uma das prioridades da agenda de saúde nacional, foi a inclusão da saúde do idoso (Brasil, 2006), cujo objetivo é a atenção integral à saúde do idoso dentro do Sistema Único de Saúde. A base do programa nacional, é a Estratégia de Saúde da Família, com ações territoriais de população adscrita, organização dos serviços e ações efetivas. Cabe ao profissional em saúde bucal, a partir dessa estratégia, cuidados individuais e coletivos.

Com a inclusão das equipes de saúde bucal pelo ministério da Saúde, espera-se novo perfil epidemiológico para o idoso, com maior preservação de elementos dentários. A conclusão a que se chega é que novos índices de cárie e doença periodontal serão obtidos para esse público. A carência por um modelo de assistência à saúde bucal do idoso, com promoção de envelhecimento ativo, melhora na capacidade funcional, preservação da saúde, isenta ou com diminuição de doenças crônicas, recuperação e reabilitação de adoentados e acamados, é indiscutível e inadiável (Vargas *et al*, 2011).

A base da ESF (Estratégia de Saúde da Família) é o atendimento do núcleo familiar, seguindo como diretrizes o caráter substitutivo, a integralidade, a hierarquização, a territorialização, a adscrição da clientela e inserção de equipe multidisciplinar (Nickel *et al*, 2008; Pinto, 2000), com proposta de humanização no atendimento e integração entre ações clínicas e coletivas (Brasil, 2000). Um novo modelo de atenção é construído a partir da inserção da saúde bucal no PSF (Programa de Saúde da Família), visando à promoção da

saúde, com prevenção, controle e tratamentos das doenças bucais, priorizando a eliminação da dor e de processos infecciosos (Souza *et al*, 2001).

As equipes de saúde bucal foram inseridas no contexto de Saúde da família, a partir do ano 2000, no intuito de ampliar a abrangência e ações da atenção básica. No entanto, é sabido que os recursos disponibilizados para a saúde bucal são insuficientes para atender às necessidades da população e a partir de 2004, são criados os CEOS (Centros de Especialidades Odontológicas), ampliando a oferta por serviços odontológicos (Antunes e Narvai, 2010).

Segundo estudo realizado por Whitehead (1992), a adoção de estratégias focais é algo a se considerar, direcionando o benefício para áreas de maiores necessidades, trabalhando efetivamente na redução das desigualdades e polarização da doença cárie. Saúde bucal não envolve apenas a cavidade bucal, mas o indivíduo como um todo (Locker, 1997). Essa autopercepção se firma, normalmente, em informações e conhecimentos que podem sofrer influência de experiências, normas sociais e culturais (Portillo e Paes, 2000).

Muito utilizado, o GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index – Atchison e Dolan, 1990) é um dos instrumentos de autopercepção de saúde bucal geriátrico usado mundialmente, associa qualidade de vida do paciente e como seus resultados podem refletir o impacto das condições clínicas bucais do paciente e seu bem estar (Kressin *et al*, 2001). É importante compreender esses fatores sociais, econômicos e culturais que os envolve, afim de ir diretamente às suas necessidades, partindo de tratamentos eficientes, programas curativos, preventivos e educativos, conforme o princípio da equidade (Selikowitz, 1994). Um tratamento odontológico adequado, ou um trabalho protético podem devolver ao idoso além de sua saúde bucal, sua auto estima, uma melhor auto imagem, um melhor bem estar físico e psicológico, contribuindo para uma melhor qualidade de vida desse idoso (Trulsson *et al*, 2002; Nitschke *et al*, 2004).

As estratégias de Ação progressiva e direcionamento de verbas e recursos públicos de atenção odontológica, podem estar tendo sucesso no que se refere à redução de desigualdades em saúde (Nickel *et al*, 2008). Não

importa somente existirem Leis de Política Nacional do Idoso. É preciso que as propostas nelas inseridas se consubstanciem em atitudes afim de a sociedade brasileira não sofrer as conseqüências de um acelerado e mal-assistido envelhecimento de sua população (Queiroz, 2000).

Compreender a real necessidade das próteses como substituição dos dentes perdidos, num envelhecer saudável com a certeza de ser acolhido e ter qualidade de vida, necessidades supridas, não apenas físicas, mas emocionais, sociais, diferenciando o processo de envelhecimento.

CAPÍTULO 1:

Uso de Próteses associados à qualidade de vida em idosos não institucionalizados.

Cláudia E. C. Esmeriz¹, Antonio Carlos Pereira², Gláucia M. B. Ambrosano², Fábio Luiz Mialhe², Marcelo C. Meneghim².

¹MSc, Department of Community Dentistry, Piracicaba Dental School, State University of Campinas, Piracicaba, São Paulo, Brazil.

²DDs, MSc, PhD, Department of Community Dentistry, Piracicaba Dental School, Piracicaba, SP, Brazil.

Agência Financiadora: Capes-Proex

Correspondence to:

Cláudia Elisa C. Esmeriz, Department of Community Dentistry – Piracicaba Dental School, University of Campinas – UNICAMP.

Av. Limeira, 901, Piracicaba, SP, 13414-903, Brazil

Tel.: +55 19 2106 5209 Fax: +55 19 2106 5218

E-mail: claudiaesmeriz@fop.unicamp.br

Manuscrito submetido à Revista Brasileira de Epidemiologia

URL do Manuscrito:

<http://submission.scielo.br/index.php/rbepid/author/submission/130428>

RESUMO

OBJETIVOS: Analisar a associação entre uso de próteses, qualidade de vida e características sociodemográficas de idosos não institucionalizados.

MÉTODOS: Neste estudo transversal, analítico foram avaliados 308 idosos de 60 anos ou mais, vinculados às 12 Unidades de Saúde da Família, com equipe de saúde bucal, funcionalmente independentes ou parcialmente dependentes, casados ou não, ambos os gêneros, com ou sem escolaridade. Foram avaliados clinicamente por meio dos índices CPOD e uso de próteses e a Qualidade de Vida em Saúde por meio do SF-36. Realizou-se análise bivariada, seguida de regressão logística múltipla.

RESULTADOS: O índice CPOD foi de 28,5 com desvio-padrão de 4,8. A maioria era do gênero feminino (63,3%), 80,2% fizeram uso de prótese e a média foi de 67,5 anos (2,8). Associando uso de próteses aos domínios de qualidade de vida, apresentaram resultados estatisticamente significativos para Capacidade Funcional (OR=2,78), Aspectos Físicos (OR=2,41), Dor (OR=2,27) e Aspectos Emocionais (OR=2,50). Associados a características sociodemográficas, apresentou resultado significativo estatisticamente ($p < 0,05$) para o gênero feminino (OR=2,11).

CONCLUSÕES: O gênero feminino apresentou maior chance de utilizar próteses que o masculino. Indivíduos com melhores capacidade funcional, aspectos físicos, dor e aspectos emocionais são elementos que contribuem para o paciente ser usuário de elementos protéticos.

Descritores: Saúde Bucal; Autopercepção; Qualidade de vida; Idosos.

ABSTRACT

OBJECTIVES: Analyse the association between the wear of prostheses, quality of life and sociodemographic characteristics, of non-institutionalized elderly

METHODS: In this cross-sectional, analytical study were evaluated 308 elderly, 60 years or more, linked to the 12 units of Family Health with oral health team, functionally independent or partially dependent, married or not, both genders, with or without schooling. Were clinically assessed using the DMFT and wear/need for prostheses and Quality of Life in Health through the instrument SF-36. Were conducted bivariate analysis followed by multiple logistic regression.

RESULTS: The DMFT index was 28.5 with a standard deviation of 4.8. Most were female (63,3%), 80.2% wore the prosthesis and the average was 67.5 years (2.8). Associating wear of prostheses to the domains of quality of life, statistically showed significant results for Functional Capacity (OR = 2.78), Physical Aspects (OR=2.41), pain (OR=2.27) and emotional aspects (OR=2.50). Associating to the sociodemographic characteristics, showed statistically significant result ($p < 0,05$) for females (OR=2.11).

CONCLUSIONS : Sociodemographic factors showed that females are more likely to wear prosthetics than the male gender. To the sociodemographic factors, females showed to be more likely to wear prosthesis than males. Individuals with better functional capacity, physical aspects, pain and emotional aspects were more likely to make wear of prosthetic elements.

Keywords : Oral Health; Self-perception; Quality of life; Elderly.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida no Brasil, em especial nas últimas cinco décadas, e em todo o mundo, tem oferecido um campo amplo de estudos que abordem a saúde do idoso e sua qualidade de vida¹. As diferenças regionais, sociais, culturais, econômicas existentes são cruciais na qualidade de vida do idoso que, em sua maioria, envelhece portando doenças crônico-degenerativas e usufruindo de menor qualidade de vida^{2,3}. Como conseqüência, há perdas funcionais, debilidades, dependências, além de maiores custos ao sistema público de saúde^{1,2}.

Esses fatores físicos e funcionais se estendem à sua saúde bucal que, sem condições econômicas e de acesso a tratamento, perde seus dentes ao longo dos anos, contribuindo com os piores dados epidemiológicos mundiais, em saúde bucal, sobretudo no componente dentes perdidos, a partir da idade adulta e, mais notoriamente, na velhice⁴.

A associação entre índices e prevalências em odontologia a variáveis sociodemográficas, comportamentais e de estado saúde geral, tornam-se importantes na convergência entre doença e tratamento, e mais diretamente na prevenção dela, e num envelhecimento saudável. Nem sempre fatores determinantes da doença (DDS) são considerados para direcionar educação em saúde e tratamento de doenças bucais³.

Os dados resultantes de levantamentos epidemiológicos no Brasil, demonstram alta necessidade de atenção a essa faixa etária, apresentando CPO-D próximo a 28, com destaque para o componente “perdido” (92%), comparado a resultados em outros países para a mesma faixa etária^{5,6,7}. A saúde bucal, presente na atenção básica, não atende a demanda por necessidade do uso de próteses, mas indica ou pode direcionar o usuário para as Especialidades em Odontologia, inclusive oferecendo a referência para tais serviços, quando disponibilizados pelo município (Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, 2004)⁸.

Doenças como cárie, problemas periodontais, perda dos dentes podem influenciar a qualidade de vida do idoso, sobretudo quando a ausência dos elementos dentários se faz inerente, prejudicando a fonética, a nutrição, aspectos fisiológicos, estéticos e também sociais⁹. O contato social e familiar

pode ter ação direta no cuidado com a saúde e com a saúde bucal pelos idosos, gerando a necessidade em se conhecer, manter-se esteticamente bem, e o que realmente influencia a qualidade de sua saúde bucal, para, então, tratá-la de modo mais efetivo⁹.

O estado bucal de saúde pode interferir na vida física e psicológica do idoso, afetando sua autoestima, autoimagem, contatos sociais, bem-estar¹⁰. A compreensão das necessidades do idoso vão além de cuidados, do conhecimento de seu dia a dia e atitudes que o tornem mais saudável. Cuidados que propiciem à velhice, saúde, disposição, ânimo e força, podem modificar a forma de envelhecer, melhorando a qualidade de vida nesta fase, cabendo desenvolver habilidades e atitudes, tanto pelo profissional, quanto pelo cuidador e ao próprio idoso, favoráveis à saúde em todas as etapas da vida, as quais se encontram entre os campos de ação da promoção da saúde¹¹.

Desta forma, o objetivo do presente estudo foi analisar o uso de próteses por idosos, usuários de Unidades de Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal e sua associação com características sociodemográficas, e de qualidade de vida.

METODOLOGIA

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP, sob protocolo nº 126/2010, de acordo com a Resolução nº. 196, de 10/10/1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Trata-se de estudo transversal, analítico realizado em idosos com 60 anos ou mais, usuários de Unidades de Saúde da Família (USFs) , com equipe de saúde bucal, do município de Piracicaba, na época do estudo (2010/2011)¹². O tamanho amostral foi calculado a partir da prevalência de 80% de uso de próteses parciais ou totais removíveis, por idosos nessa faixa de idade, com base nos estudos realizados por Esmeriz *et al.*⁷, resultando em 246 usuários. O Índice de Confiança para o estudo foi de 95%, e estabelecido um erro amostral de 10%, tendo sido avaliados um total de 308 usuários. Os idosos

foram abordados em sua unidade de origem e após instruídos a respeito do teor da pesquisa, aqueles que optaram em ser participantes, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. A coleta dos dados foi realizada no período compreendido entre novembro de 2010 e julho de 2011, nos períodos da manhã e da tarde nas unidades de saúde da família.

Como critério de inclusão na amostra, os entrevistados deveriam ser usuários da Unidade de Saúde; idosos com 60 anos ou mais (idade estabelecida segundo o Estatuto do Idoso,2003); ser funcionalmente independente ou parcialmente dependente, sem alterações cognitivas marcantes, respondendo com facilidade os instrumentos avaliativos (Avaliação de Funcionalidade Katz, 1963)¹³ e, para portadores de doenças crônicas, estarem em controle há pelo menos um ano^{14,15,16}. Os voluntários foram classificados segundo características sociodemográficas, por gênero (masculino e feminino); estado civil casado ou não casados; faixa etária (60-70; 71 ou mais); grau de escolaridade: alfabetizados ou sem alfabetização.

A pesquisa foi realizada por um único examinador e um anotador (WHO, 1999)¹⁷, após processo de treinamento e calibração de 16 horas. Tanto examinador, quanto anotador foram considerados calibrados, após haver concordância dos dados (Kappa de 95%)

Para a avaliação de Funcionalidade, foram considerados na pesquisa indivíduos que realizassem as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) – que envolvem as relacionadas ao autocuidado como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se, manter controle sobre suas eliminações.

As avaliações clínicas CPO-D (Índice de dentes cariados, perdidos e obturados) e uso de prótese foram realizadas sob critérios da WHO(World Health Organization)/1999¹⁷, considerando uso de próteses para portadores de próteses parciais removíveis ou próteses totais em um ou ambos arcos dentários. As avaliações foram realizadas individualmente, em espaço reservado, no interior das Unidades de Saúde, de modo a facilitar o diálogo, sem inibição, constrangimento ou interferências nas respostas fornecidas. Os exames foram realizados com o idoso sentado na cadeira, sob luz natural. Para cada exame foram utilizadas sonda periodontal IPC e espelho clínico

plano nº 5. Os cuidados de biossegurança foram mantidos em todos os exames.

Para avaliação da qualidade de vida dos entrevistados foi utilizado o instrumento SF-36 (Medical outcomes study 36 – Item short-form health survey), formulado por Garrat *et al.*¹⁸ e validado no Brasil por Ciconelli¹⁹. O instrumento se compõe de 36 questões fechadas de múltipla escolha, que envolvem 8 domínios de qualidade de vida, incluindo Capacidade Funcional; Limitação por Aspectos Físicos; Dor; Estado Geral de Saúde; Vitalidade; Aspectos Sociais; Limitação por Aspectos Emocionais; Saúde Mental. Cada domínio tem seus respectivos valores, conforme resposta obtida, variando em cada questão, calculados segundo fórmula explicada no anexo II.

FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

Realizou-se análise descritiva dos dados, por meio de frequências absolutas e relativas e média, desvio-padrão, mediana, valores máximo e mínimo. Além disso, foi realizada a análise bivariada entre uso de próteses (variável dependente do estudo) e características sociodemográficas e domínios de qualidade de vida (variáveis independentes).

A condição protética foi classificada como variável dependente deste estudo (uso de próteses removíveis parcial ou total, arco superior, inferior ou ambos arcos). Com relação aos domínios de qualidade de vida, cada um foi pontuado, conforme as instruções de pontuação e interpretação dos pontos presentes no instrumento SF-36, sendo que, após a distribuição da pontuação, os escores até 40 pontos foram classificados em ruins, regulares até 70 e de 71 a 100 pontos como aspectos bons para cada domínio, dicotomizados em dois grupos: um para aspectos ruins e outro para aspectos regulares e bons, devido maior proximidade entre as respostas.

Os testes estatísticos foram realizados pelo programa SAS, 2001²⁰, considerando nível de significância de 5%.

RESULTADOS

O índice CPO-D apresentou uma média (desvio-padrão) de 28,5 (4,8), com 156 (51%) idosos totalmente desdentados e 100% da amostra tendo perdido um mínimo de 4 elementos dentários. A amostra foi composta

predominantemente pelo gênero feminino (63,3%), faixa etária entre 60-70 (72,2%), com média (desvio-padrão) de 67,3 (2,8) anos, sendo a maioria de idosos casados (60,4%), com baixa escolaridade (75% cursaram apenas o primeiro grau).

Observa-se na Figura 1, o total de 247 (80,2%) participantes, portadores de algum desses tipos de próteses. Destes, 44,8% usavam prótese total em ambos arcos e 3,6% próteses parciais removíveis em ambas arcadas. Na Figura 2, observa-se que 62% dos idosos, usavam e não necessitavam de prótese alguma e idosos que não utilizavam nem necessitavam de nenhum tipo de prótese foram 27 (8,8%). A Tabela 1 mostrou menor chance de fazer uso de próteses o gênero feminino (OR=0,47), e maior chance para indivíduos casados (OR= 1,76) e alfabetizados (OR=1,08). Também tem menores chances de fazer uso de próteses, indivíduos para características regulares ou boas nos domínios capacidade funcional (OR=0,36), aspectos físicos (OR=0,41), dor (OR=0,43), estado geral de saúde (OR=0,34), aspectos emocionais (OR=0,4) e saúde mental (OR=0,37). De acordo com a Tabela 2, por meio de Regressão Logística Múltipla, pôde-se observar que houve maior chance para o uso de próteses pelo gênero feminino (OR=2,11), e para indivíduos que apresentaram características regulares ou boas em qualidade de vida, para os domínios capacidade funcional (OR=2,78), aspectos físicos (OR=2,41), dor (OR=2,27) e aspectos emocionais (OR=2,5).

DISCUSSÃO

A composição da amostra demonstrou predomínio do gênero feminino, com escassos recursos financeiros e baixa escolaridade, de acordo com características dos locais onde a amostragem foi coletada e repetindo o que outros estudos já demonstraram^{7,9,21}. Essas localidades de inserção do Programa de Saúde da Família, delimitam áreas com aspectos de urbanização recente, em sua maioria provenientes de favelas urbanizadas ou periferias de grandes centros, com dificuldades de acesso a áreas mais privilegiadas e a melhores condições e qualidade de vida. Outra característica dessas áreas de maior vulnerabilidade, no município de Piracicaba, é que os idosos aí

residentes, em grande parte são responsáveis pelo domicílio, inclusive, financeiramente^{7,9}.

Como em outros estudos^{7,22}, o idoso que costuma frequentar a Unidade de Saúde e participar colaborativamente em estudos são aqueles que representam faixa etária de menor idade. Um dos motivos que pode levar a esse resultado, talvez seja ainda a maior facilidade de locomoção e o fato de serem menos acamados ou independentes funcionalmente em idades mais reduzidas. Outros autores colocam o fato de o idoso ainda estar inserido socialmente, como algo importante na estética, na função e percepções emocionais desse idoso^{23,24}.

Esses dados revelam que aproximadamente metade da população idosa dos estudos já perdeu grande parte dos seus dentes²⁵. A alta incidência de idosos desdentados total, ou parcialmente, não é exclusividade brasileira. Boa parte destes possuem os mesmos elementos protéticos há muitos anos, sem acompanhamento profissional e havendo necessidade de troca dos mesmos, como também apontam outros estudos¹⁰.

A avaliação epidemiológica bucal utiliza indicadores clínicos normativos definindo fatores de riscos, tratamentos eficazes, prognóstico, prevalência, incidência, avaliar políticas de saúde bucal sem, no entanto, avaliar o impacto das doenças na qualidade de vida do indivíduo, já o presente estudo buscou avaliar a qualidade de vida do indivíduo, em conjunto com esses outros fatores.²⁶

Qualidade de vida e saúde são questões que envolvem aspectos subjetivos, abstratos, sendo que a definição de saúde bucal não é categórica e sim, ampla, ligada ao contexto em que estão inseridos (social, cultural, político). Daí ser importante, associar a saúde bucal do indivíduo a todo o amplo sentido de saúde, bem-estar e qualidade de vida²⁷.

Regiões com menor vulnerabilidade ou exclusão social, melhores condições e qualidade de vida apresentariam outros resultados?

Fatores psicológicos, personalidade, podem influenciar a incidência e a progressão da doença²⁴. Cuidado por terceiros para com o paciente podem influenciar tratamentos, e resultar em melhores cuidados consigo mesmos.

Indivíduos que expressam insatisfação com sua saúde bucal, caracterizam pouco ânimo, stress e insatisfação com sua vida^{7,23}. A simples colocação de uma prótese, cuidados com a saúde bucal, podem representar maior auto-estima e além de melhorar sua aparência, podem ajudá-lo a ter uma melhor opinião sobre si mesmo²⁴. A presença da Equipe de Saúde Bucal, embora atendendo a população a nível básico da atenção, pode e deve esclarecer dúvidas, realizar papel educativo, inclusive no uso, necessidade e cuidados com próteses dentárias. Seu papel vai além das intervenções, referenciando pacientes a especialidades e indicando pacientes idosos para a necessidade em se usar próteses, no intuito de melhorar a mastigação, funcionalidade, fonética e conseqüentemente sua qualidade de vida em saúde³².

Há associação entre domínios de qualidade de vida, com aspectos socioculturais, epidemiológicos e subjetivos de qualidade de vida com saúde bucal, demonstrando que aspectos de qualidade de vida e autopercepção de saúde bucal podem interferir nas condições de saúde bucal do indivíduo⁷. A maior parte dos estudos associa condições clínicas e sociodemográficas à qualidade de vida em saúde bucal, a partir dos instrumentos formulados especificamente^{5,11,23}.

Autores²⁸ revelaram a opinião dos usuários ter sido comparativamente mais favorável ao PSF em todos estratos de exclusão social. Aspectos como recursos financeiros, cuidados sociais, saúde, recreação, lazer, transportes também demonstraram associação à qualidade de vida do indivíduo, que se isola do convívio social ao perder seus dentes^{33,34}.

Viver bem e em sociedade, sem se sentir incapaz ou não aceito, faz da velhice algo favorável e não o término das etapas de vida. Cabe a gestores, profissionais, universidades, enfim, a toda uma gama de atores envolvidos nesse processo, promover esse envelhecimento saudável, proporcionando bem estar e saúde por meio de recursos e estratégias que justifiquem uma boa qualidade de vida a essa faixa etária.

CONCLUSÕES

O estudo demonstrou que, há maior chance de o gênero feminino utilizar próteses que o masculino. Quanto melhor a capacidade funcional,

aspectos físicos, e aspectos emocionais do idoso e menor sensação de dor, maior a chance de utilizar próteses, o que pode ser analisado pelo fato de o indivíduo quando está bem funcional e psicologicamente, tem mais disposição para procurar por serviços em saúde bucal, seja para a manutenção dos elementos dentários ou para a colocação de próteses, não mais necessitando da substituição dos elementos protéticos bucais.

REFERÊNCIAS

1. Colussi CF, Freitas SFT, Calvo MCM. Epidemiological profile of caries and the use and need of prostheses in the elderly population of Biguaçu, Santa Catarina. *Rev Bras Epidemiol* 2004;7(1):88-97.
2. Chaimowicz F. Health of the Brazilian elderly population on the eve of the 21st century: current problems, forecasts and alternatives. *Rev de Saúde Públ.* 1997; 31(2):184-200.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-203. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Colussi CF, Freitas, SFT. Epidemiological aspects of oral health among the elderly in Brazil. *Cad de Saúde Pública.* 2002; 18(5):1313-1320.
5. Spanish Geriatric Oral Health Research Group. Oral health issues of Spanish adults aged 65 and over. *Int Dent Journal.* 2001;51(3):228-34.
6. Slade GD, Spencer AJ, Gorkic E, Andrews G. Oral health status and treatment needs of non-institucionalized persons aged 60+ in Adelaide, South Australia. *Aust Dent Journal.* 1993;38(5):373-80.
7. Esmeriz CEC, Meneghim MC, Ambrosano GMB. Self-Perception of Oral Health in non-institutionalised elderly of Piracicaba city, Brasil. *Gerodontology.* 2012, 29:e-281-e-289.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.
9. Silva SRC, Castellanos RAF. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Públ* 2001; 35(4):349-55.
10. Kiyak HA. Age and culture: influences on oral health behavior. *Int Dent J* 1993:43:9-16.
11. Buss PM. Health promotion and quality of life. *Cien & Saúde Colet.* 2000;5(1):163-177.
12. IBGE cidades, 2009: Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Disponível em: ibge.gov.br/home/download/estatist.shtm-01/09. Acessado em 15/10/2010.

13. Katz, 1963 - Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185(12):914-9.
14. Brunetti RF, Montenegro FLB, Manetta CE. Odontologia Geriátrica no Brasil: uma realidade para o novo século. *Atual. Geriátr.*, 1998; 3(15): 26-29.
15. Erickson L. Oral health promotion and prevention for older adults. *Dent. Clin. North Am.*, Philadelphia, 1997; 41(4):727-750
16. Paunovich ED, Sadowsky JM e Carter P. The most frequently prescribed medications in the elderly and their impact on dental treatment. *Dent. Clin. North Am.*, Philadelphia, 1997; 41(4):699-726.
17. World Health Organization (WHO). Organização Mundial de Saúde (OMS). Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal: Manual de Instruções. 4ª Ed. São Paulo: Ed. Santos, 1999, 66 p.
18. Garrat, AM, Ruta DA, Abdalla MI, Buckingham JK, Russell IT. The SF36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? *BMJ* 1993; 306: 1440-1444.
19. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Brasil Epidemiol* 1999;39(3):143-50.
20. SAS User's Guide: Statistics, version 8.2. Cary [NY]: SAS Institute Inc 2001.
21. Pinzón SA, Zunzunegui MV. Detección de necesidades de atención bucodental em ancianos mediante La autopercepción de La salud oral. *Rev Mult Gerontol* 1999. 9:216-224.
22. Colussi CF, Freitas SFT. Edentulouness and associated risk factors in a south Brazilian elderly population *Gerodontology* 2007;24:93-97.
23. Locker D, Allen PF. Developing short-form measures of oral health related quality of life. *J Public Health Dent* 2002 Winter;62(1):13-20.
24. Kressin NR, Reisine S, Spiro A 3rd, Jones JA. Is negative affectivity associated with oral quality of life? *Comm Dent Oral Epidemiol* 2001; 29(6):412.
25. Jones JA, Orner MB, Spiro A 3rd, Kressin NR. Tooth loss and dentures: patients' perspectives. *Int Dent J* 2003;53(5Suppl):327-34.

26. Miotto MHMB, Barcellos LA. Uma revisão sobre o indicador subjetivo de saúde bucal "Oral Health Impact Profile". Rev Odontol UFES. 2001;3(1):32-38.
27. Locker D. Subjective oral health status indicators. Comm Dent Health. 1997;27(3):257-270.
28. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão AJ, et al.. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva, 11(3):633-641, 2006.
29. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for economic cooperation and development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res 2003, 38(4):819-54.
30. Macinko J, Almeida C, Oliveira E, Sá P. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. Int J Health Plann Mgmt 2004;19:303-17.
31. Macinko J, Almeida C, Oliveira E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. Rev. Saúde em Debate 2003; 27(65):243-56.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasil Sorridente. (acessado em 21/10/2013). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php
33. Guimarães MLR, Hilgert JB, Hugo FN, Corso AC, Nocchi P, Padilha DM. The impact of tooth loss on quality of life in independent elderly people. Scientia Medica. 2005;15(1):30-33.
34. World Health Organization quality of life assessment instrument. WHOQOL. The Whoqol Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer; 1994.41-60.

Tabelas e Figuras:

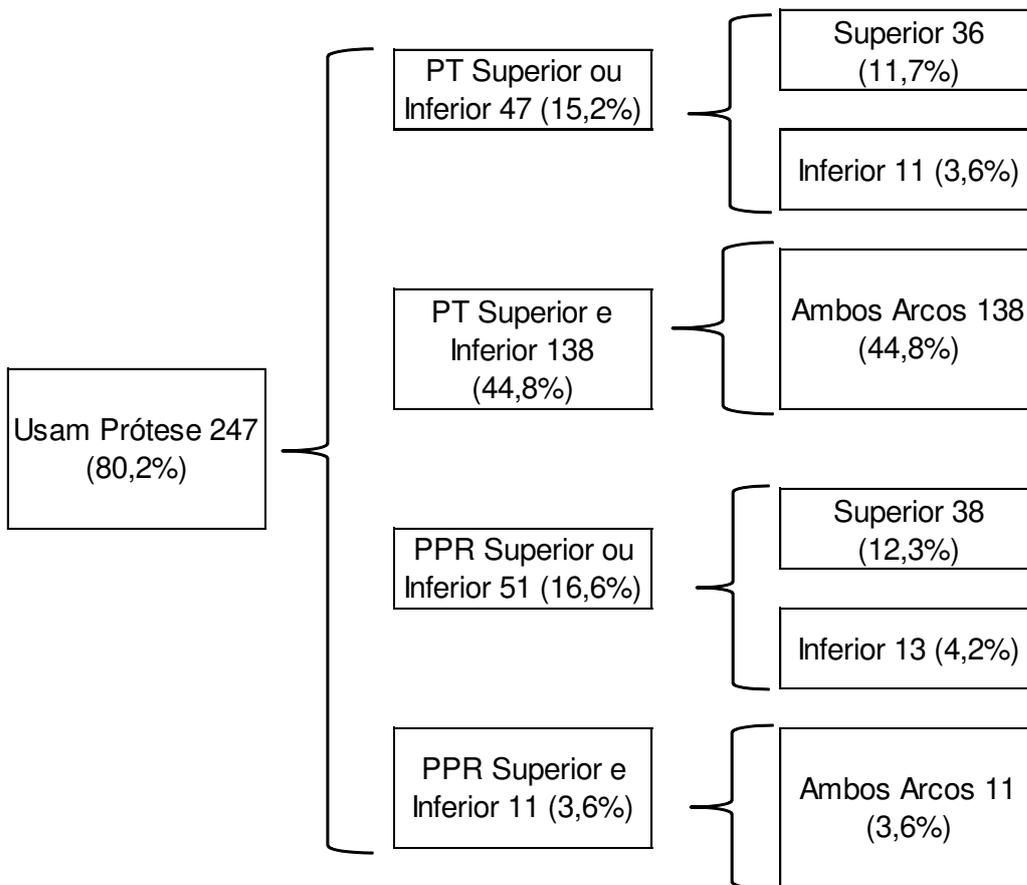


Figura 1 - Distribuição do Uso de Prótese na população estudada

| | |
|--|------------|
| Utilizam prótese e não necessitam de próteses | 191 (62%) |
| Utilizam prótese e necessitam em um dos arcos | 56 (18,2%) |
| Não utilizam prótese e necessitam em um ou ambos arcos | 34 (11%) |
| Não utilizam prótese e não necessitam | 27 (8,8%) |
| Total | 308 (100%) |

Figura 2 - Distribuição do Uso de Prótese na população estudada

Tabela 1: Análise Bivariada entre uso de próteses, características sociodemográficas e domínios de Qualidade de Vida. Piracicaba, Brasil, 2013.

| Características | Utiliza Próteses n (%) | Não Utiliza Próteses n (%) | p (x2) | Odds Ratio/IC (95%) |
|------------------------------|---------------------------|-------------------------------|---------|---------------------|
| Gênero | | | | |
| Feminino | 166 (84,7%) | 30 (15,3%) | 0,013 | 0,47 (0,27-0,83) |
| Masculino | 81 (72,3%) | 31 (27,7%) | | 1,00 |
| Faixa Etária | | | | |
| 60-70 anos | 160 (78,0%) | 45 (22,0%) | 0,237 | 1,53 (0,82-2,86) |
| 71 anos ou mais | 87 (84,5%) | 16 (15,5%) | | 1,00 |
| Estado Civil | | | | |
| Casado | 147 (77,0%) | 44 (23,0%) | 0,095 | 1,76 (0,95-3,25) |
| Não casado | 100 (85,5%) | 17 (14,5%) | | 1,00 |
| Escolaridade | | | | |
| Alfabetizado | 195 (80,0%) | 49 (20,0%) | <0,0001 | 1,08 (0,54-2,20) |
| Não Alfabetizado | 52 (81,2%) | 12 (18,8%) | | 1,00 |
| Capacidade Funcional | | | | |
| Ruim | 11 (61,1%) | 7 (38,9%) | 0,073 | 0,36 (0,13-0,97) |
| Regular/Boa | 236 (81,4%) | 54 (18,6%) | | 1,0 |
| Aspectos Físicos | | | | |
| Ruim | 25 (65,8%) | 13 (3,2%) | 0,03 | 0,41 (0,20-0,87) |
| Regular/Boa | 222 (82,2%) | 48 (17,8%) | | 1,0 |
| Dor | | | | |
| Ruim | 24 (66,7%) | 12 (33,3%) | 0,05 | 0,43 (0,21-0,94) |
| Regular/Boa | 223 (81,9%) | 49 (17,1%) | | 1,0 |
| Estado Geral de Saúde | | | | |
| Ruim | 22 (91,7%) | 2 (8,3%) | 0,11 | 0,34 (0,079-1,51) |
| Regular/Boa | 225 (79,2%) | 59 (20,8%) | | 1,0 |
| Vitalidade | | | | |
| Ruim | 12 (70,6%) | 5 (29,4%) | 0,48 | 0,57 (0,19-1,70) |
| Regular/Boa | 235 (80,7%) | 56 (19,3%) | | 1,0 |
| Aspectos Sociais | | | | |
| Ruim | 8 (66,7%) | 4 (33,3%) | 0,41 | 0,47 (0,14-1,64) |
| Regular/Boa | 239 (8,7%) | 57 (19,3%) | | 1,0 |
| Aspectos Emocionais | | | | |
| Ruim | 22 (64,7%) | 12 (35,3%) | 0,03 | 0,40 (0,18-0,86) |
| Regular/Boa | 225 (82,1%) | 49 (17,9%) | | 1,0 |
| Saúde Mental | | | | |
| Ruim | 8 (61,5%) | 5 (38,5%) | 0,17 | 0,37 (0,12-1,19) |
| Regular/Boa | 239 (81%) | 56 (19%) | | 1,0 |

IC - Intervalo de Confiança 95%

Tabela 2: Regressão Logística Multipla com uso de prótese como variável dependente. Piracicaba, Brasil, 2013.

| Características | Uso de Próteses n (%) | Odds Ratio Ajustado | IC 95% | p-valor |
|------------------------------|--------------------------|------------------------|-------------|---------|
| Gênero | | | | |
| Feminino | 166 (84.7%) | 2.11 | 1.20 à 3.74 | 0.0096 |
| Masculino | 81 (72.3%) | 1.0 | | |
| Estado Civil | | | | |
| Casado | 147 (77.0%) | 0.56 | 0.53 à 1.05 | 0.071 |
| Não Casado | 100 (85.5%) | 1.0 | | |
| Escolaridade | | | | |
| Alfabetizado | 195 (80,0%) | 0,92 | 0,46 à 1,85 | 0,81 |
| Não Alfabetizado | 52 (81,2%) | 1,0 | | |
| Capacidade Funcional | | | | |
| Ruim | 11 (61,1%) | 2,78 | 1,03 à 7,5 | 0,04 |
| Regular/Boa | 236 (81,4%) | 1,0 | | |
| Aspectos Físicos | | | | |
| Ruim | 25 (65,8%) | 2,41 | 1,15 à 5,04 | 0,02 |
| Regular/Boa | 222 (82,2%) | 1,0 | | |
| Dor | | | | |
| Ruim | 24 (66,7%) | 2,27 | 1,07 à 4,86 | 0,03 |
| Regular/Boa | 223 (81,9%) | 1,0 | | |
| Estado Geral de Saúde | | | | |
| Ruim | 22 (91,7%) | 0,34 | 0,08 à 1,52 | 0,16 |
| Regular/Boa | 225 (79,2%) | 1,0 | | |
| Aspectos Emocionais | | | | |
| Ruim | 22 (64,7%) | 2,50 | 1,16 à 5,40 | 0,02 |
| Regular/Boa | 225 (82,1%) | 1,0 | | |
| Saúde Mental | | | | |
| Ruim | 8 (61.5%) | 2,67 | 0,84 à 8,46 | 0,09 |
| Regular/Boa | 239 (81%) | 1,0 | | |

IC - Intervalo de Confiança 95%

3.2 CAPÍTULO 2

A Atenção primária e seu papel na saúde bucal do idoso não-institucionalizado.

Primary Care and its role in the oral health of non-institutionalized elderly.

Cláudia E. C. Esmeriz¹, Antonio Carlos Pereira², Marcelo C. Meneghim²,
Gláucia M. B. Ambrosano², Fábio Luiz Mialhe²

¹MSc, Department of Community Dentistry, Piracicaba Dental School, State University of Campinas, Piracicaba, São Paulo, Brazil.

²DDs, MSc, PhD, Department of Community Dentistry, Piracicaba Dental School, Piracicaba, SP, Brazil.

Agência Financiadora: Capes-Proex

Correspondence to:

Cláudia Elisa C. Esmeriz, Department of Community Dentistry – Piracicaba Dental School, University of Campinas – UNICAMP.

Av. Limeira, 901, Piracicaba, SP, 13414-903, Brazil

Tel.: +55 19 2106 5209 Fax: +55 19 2106 5218

E-mail: claudiaesmeriz@fop.unicamp.br

RESUMO

OBJETIVOS: Analisar a associação entre modelo de acesso à atenção básica e a autopercepção em saúde bucal de idosos e seu impacto sobre a qualidade de vida.

MÉTODOS: Estudo transversal, analítico, onde foram avaliados 540 idosos, vinculados às Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, com 60 anos ou mais, funcionalmente independentes ou parcialmente dependentes, com presença ou não equipe de saúde bucal. Os usuários foram avaliados por meio dos índices CPOD e uso de próteses (WHO/1999), por instrumento de Qualidade de Vida em Saúde (SF-36) e autopercepção em saúde bucal (GOHAI). As análises dos dados foram através de Análise Bivariada e Regressão Logística Múltipla ($\alpha=0,05$).

RESULTADOS: CPOD de 28,5 (4,24) para usuários de USFs e 28,6 (7,07) de UBSs, maioria representada pelo gênero feminino (64,4% nas USFs e 63,9% nas UBSs), alto uso de próteses (79,6% nas USFs e 80,4% em UBSs) e média de 68,2 anos (3,3) para usuários de USFs e 67,7 (4,1) de UBSs. Através da Análise Bivariada, o domínio estado geral de saúde (OR=4,88), revelou maior chance de usuários de UBSs apresentarem melhores condições para os estratos 1 e 2. Para os estratos 3 e 4, o domínio Saúde Mental (OR=3,62) revelou maior chance de usuários de UBSs apresentarem melhores condições e para os estratos 5 e 6 nenhum resultado foi estatisticamente significativo. Através de Regressão Logística Múltipla, para os estratos 1/2 e 3/4, nenhum resultado obtido foi estatisticamente significativo.

CONCLUSÕES: O modelo de atenção básica e o índice de exclusão social não interferiram nos resultados obtidos.

Descritores: Saúde Bucal; Autopercepção; Qualidade de vida; Idosos;

ABSTRACT

OBJECTIVES: To assess the association between model of access to the primary attention and self-perceived oral health of the elderly and their impact on quality of life.

METHODS: In this cross sectional, analytical study, were evaluated with 540 elderly linked to the Family Health Units and Basic Health Units, with 60 or more functionally independent or partially dependent, with or without presence the oral health team. The users were assessed using DMFT and wear of prosthetics, by instrument Quality of Life in Health (SF -36) and self-perceived oral health (GOHAI). Data analyzes were by bivariate analysis and multiple logistic regression ($\alpha = 0.05$).

RESULTS : DMFT of 28.5 (4.24) for users USFs and 28.6 (7.07) of UBS, represented mostly by female gender (64.4 % in USFs and 63.9 % in UBSs), high use of dental prosthetic (79.6 % in USFs and 80.4 % in UBS) and average 68.2 years (3.3) for users USFs and 67.7 (4.1) of UBSs. By bivariate analysis, the domain general health (OR = 4.88), revealed a greater chance of users UBS had better conditions for stratum 1 and 2. For the stratum 3 and 4, the Mental Health domain (OR = 3.62) showed greater chance of users UBS has better conditions and stratum 5/6, no results statistically significant. Through multiple logistic regression, to the stratum 1/2 and 3/4, no result was statistically significant.

CONCLUSIONS : The model of primary care and social exclusion index did not interfere epidemiological, autoperceptiva or qualitatively the results

Keywords: Oral Health, Self-perception; Quality of life; Elderly;

INTRODUÇÃO

Modelos assistenciais em saúde, mais especificamente em saúde bucal, a nível municipal, tiveram maior importância a partir do SUS, com o incremento municipalizado das ações de saúde. As diretrizes do SUS puseram fim aos modelos vigentes há algumas décadas, desafiando os municípios a reorganizar seus modelos de assistência (Brasil, 1990). Córdon², em seu trabalho, apresenta a existência de realidades muito diferentes nos municípios, com avanços em algumas áreas e dificuldades em outras.

Destaques para avanços e dificuldades em relação à qualidade de vida, indicadores em saúde bucal, integralidade, universalidade e controle social³. Estratégias vieram para reorientar e melhorar o modelo de atenção em saúde bucal, formuladas pelo Ministério da Saúde, Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, assumindo o compromisso de qualificar a atenção básica. (MS, 2004)

Para Narvai⁵, a saúde bucal corresponde a um conceito relativamente complexo, que não se pode reduzir à dentição, algumas enfermidades. Fatores de risco e proteção podem interferir arbitrariamente ou desigualmente sobre diferentes estratos sociais, com efeitos deletérios, agindo sobre a população de forma heterogênea, aumentando as desigualdades em saúde. É necessário avaliar as políticas de saúde propostas, a fim de não apenas atuarem sobre a saúde coletiva, mas também, intervir sobre as desigualdades em saúde⁶.

A Saúde da Família veio como estratégia de caráter substitutivo da atenção básica convencional, cujo compromisso é a promoção da saúde, com mudança de hábitos, padrões, mediante empoderamento do indivíduo e das famílias. Deve estabelecer vínculos de compromisso e co-responsabilidade entre profissionais de saúde e população adscrita e recursos disponíveis na comunidade, acompanhamento ao longo do tempo do processo saúde-doença, acolhimento e humanização (Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde - saúde da família, Ministério da saúde 2006)⁷. Outro formato, é o modelo convencional ou tradicional, onde o trabalho é desenvolvido pelos vários profissionais, o atendimento à população se dá por meio de demanda

espontânea ou programada, e que aos poucos, vem sendo substituída pela ESF no território brasileiro⁷.

Partindo de tais informações, o objetivo deste estudo foi analisar a associação entre modelo de atenção básica e a autopercepção em saúde bucal de idosos e impacto sobre a qualidade de vida, dentro de diferentes estratos de exclusão social.

METODOLOGIA

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP, sob protocolo nº 126/2010, de acordo com a Resolução nº. 196, de 10/10/1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Trata-se de estudo transversal e analítico realizado em idosos com 60 anos ou mais, usuários de Unidades de Saúde da Família (USFs) e Unidades Básicas de Saúde (UBSs), do município de Piracicaba/SP, no período de janeiro/2012 a novembro de 2012. No período do estudo o município contava com 34 USFs e 22 UBSs. Utilizando o Mapa de Exclusão Social⁸ do município – Figura 1 (IPPLAP, 2003) foi realizada a distribuição das unidades de saúde, sendo excluídas as UBSs pertencentes à faixa compreendida entre 0,75-1,0 e 0,5-0,75, uma vez que, não houve USFs nos mesmos estratos, para efeito de comparação. Para cada estrato do índice de exclusão social, compreendido entre os valores de -1 à 0,5, do mapa de Exclusão Social, foram sorteadas 1 USF e 1 UBS, totalizando 6 USFs e 6 UBSs. Os indivíduos participantes da pesquisa foram selecionados de forma proporcional às regiões, segundo o Mapa de Exclusão Social. Foram feitos 3 grupamentos, dentre os seis índices de exclusão social, a fim de obter cobertura mais homogênea da população-alvo, em porcentagem. O tamanho amostral foi calculado a partir da prevalência de 80,2% de uso de próteses parciais ou totais removíveis, por idosos nessa faixa de idade, com base nos estudos realizados por Esmeriz *et al*,⁹, resultando em 246 usuários para USFs e 246 usuários para UBSs. O Índice de Confiança para o estudo foi de 95%, e estabelecido um erro amostral de 10%, tendo sido avaliados 270 usuários para cada modelo de atenção, totalizando 540 entrevistados.

Como critério de inclusão na amostra, os entrevistados deveriam ser usuários da Unidade de Saúde; ter 60 anos ou mais; ser funcionalmente independente ou parcialmente dependente, sem alterações cognitivas marcantes, respondendo com facilidade os instrumentos avaliativos (Avaliação de Funcionalidade Katz¹⁰) e controlados, há pelo menos um ano, para portadores de doenças crônicas^{11,12,13}. Os voluntários foram classificados segundo características sociodemográficas, por gênero (masculino e feminino); estado civil casado ou não casados; faixa etária (60-70; 71 ou mais); grau de escolaridade: alfabetizados ou sem alfabetização.

A pesquisa foi realizada por um único examinador e um anotador, conforme critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁴, após processo de treinamento e calibração de 16 horas. Tanto examinador, quanto anotador foram considerados calibrados, após haver concordância dos dados (Kappa de 95%)

Para a avaliação de Funcionalidade, foram considerados na pesquisa indivíduos que realizassem as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) – que envolvem as relacionadas ao autocuidado como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se, manter controle sobre suas fisiologias.

As avaliações clínicas CPO-D (Índice de dentes cariados, perdidos e obturados) e uso de prótese foram realizadas sob critérios da OMS¹⁷, considerando uso de próteses para portadores de próteses parciais removíveis ou próteses totais em um ou ambos arcos dentários. As avaliações foram realizadas individualmente, em espaço reservado, no interior das Unidades de Saúde, de modo a facilitar o diálogo, sem inibição, constrangimento ou interferências nas respostas fornecidas. Os exames foram realizados com o idoso sentado na cadeira, sob luz natural. Para cada exame foram utilizadas sonda periodontal IPC e espelho clínico plano nº 5. Os cuidados de biossegurança foram mantidos em todos os exames.

Para avaliação da qualidade de vida dos entrevistados foi utilizado o instrumento SF-36 (Medical outcomes study 36 – Item short-form health survey), formulado por Garrat *et al.*¹⁸ e validado no Brasil por Ciconelli *et al.*¹⁹.

O instrumento se compõe de 36 questões fechadas de múltipla escolha, que envolvem 8 domínios de qualidade de vida, incluindo Capacidade Funcional; Limitação por Aspectos Físicos; Dor; Estado Geral de Saúde; Vitalidade; Aspectos Sociais; Limitação por Aspectos Emocionais; Saúde Mental. Cada domínio tem seus respectivos valores, conforme resposta obtida, variando em cada questão, calculados segundo fórmula explicada no anexo II.

Para a avaliação da autopercepção de saúde bucal dos usuários, foi utilizado o índice GOHAI (Índice de avaliação de saúde bucal geriátrica), formulado por Atchison e Dolan¹⁷ e validado por Silva e Castellanos¹⁸. O instrumento conta com 12 questões fechadas com opções de resposta sempre (1), às vezes (2) ou nunca (3), calculando os resultados das respostas conforme os valores entre parênteses, exceto nas questões 3, 5 e 7, onde “sempre” tem maior valor e “nunca” menor valor.

FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

Realizou-se análise descritiva dos dados, através de frequências absolutas e relativas, além da média, desvio-padrão, mediana, valores máximo e mínimo. Foi realizada análise bivariada para a associação entre modalidade de acesso à atenção básica (variável dependente do estudo) e característica clínica: uso de próteses, características sociodemográficas, domínios de qualidade de vida, autopercepção de saúde bucal (variáveis independentes), em cada grupamento de índice de exclusão social (Grupamento 1: -1 à -0,75 e -0,75 à -0,5; Grupamento 2: -0,5 à -0,25 e -0,25 à 0; Grupamento 3: 0 à 0,25 e 0,25 à 0,5).

Com relação aos domínios de qualidade de vida, cada um foi pontuado, conforme as instruções de pontuação e interpretação dos pontos presentes no instrumento SF-36, sendo que, após a distribuição da pontuação, os escores até 40 pontos foram classificados em ruins, regulares até 70 e de 71 a 100 pontos como aspectos bons para cada domínio, dicotomizados em dois grupos: um para aspectos ruins e outro para aspectos regulares e bons, devido maior proximidade entre as respostas.

A dicotomização do instrumento GOHAI foi por meio da mediana, considerando-se Gohai negativo resultado pontuado em ≤ 30 e positivo > 30 .

Os testes estatísticos foram realizados pelo programa SAS, 2001¹⁹, considerando nível de significância de 5%.

RESULTADOS

O índice CPO-D apresentado foi de 28,5 (4,24) para a amostra das USFs e 28,6 (7,07) para as UBSs, com edentulismo representado por 93%, e 91% respectivamente, composta em sua maioria por predomínio do gênero feminino tanto para USFs (64,4%) quanto UBSs (63,9%). Para a faixa etária, a maioria distribuiu-se entre 60-70 anos (67,4%), com média (desvio-padrão) de 68,2 (3,3) anos de idade para a amostra das USFs e faixa etária entre 60-70 anos (68,1%), com média de 67,7 (4,1). O estado civil, da maioria dos idosos, foi de casados, tanto nas USFs (61,8%) quanto nas UBSs (62,2%) e de alfabetizados, cuja grande maioria revelou ter cursado apenas o ensino primário, tanto para USFs (75,1%), quanto UBSs (72,9%). Houve alto índice de uso de próteses parciais removíveis e próteses totais, em um ou ambos os arcos, nos dois modelos de acesso à atenção básica, demonstrando que utilizam próteses removíveis, 79,6% dos usuários das USFs e 80,4% dos usuários das UBSs.

Através da Análise Bivariada, entre tipo de Unidade de Saúde e características clínicas, sociodemográficas, de qualidade de vida e autopercepção de saúde bucal, segundo grupamento de estratos, apresentou para os estratos 1/2, maior chance de apresentar melhor estado geral de saúde (OR=4,88), domínio de qualidade de vida, os usuários de UBSs (Tabela 1). Na análise Bivariada entre tipo de Unidade de saúde associada às mesmas características, para os estratos 3/4, apresentou maior chance de melhor saúde mental (OR=3,62), para os usuários de UBSs (Tabela 3). A Análise Bivariada para os estratos 5/6 não apresentaram nenhum resultado estatisticamente significativo (Tabela 5). Através de Regressão Logística Múltipla, realizada para os estratos 1/2 (Tabela 2) e 3/4 (Tabela 4) nenhum resultado obtido, foi estatisticamente significativo.

DISCUSSÃO

Os modelos de assistência em saúde bucal no Brasil, anteriores ao modelo atual, mostraram-se excludentes por privilégio de somente uma parcela

da população, em sua maioria crianças em idade escolar, o que é refletido atualmente pelo alto edentulismo e uso/necessidade de próteses pelos idosos^{20,21}. Não obstante, a população tem em mente que a perda de elementos dentários é parte integrante desse processo de falta de atenção e políticas de saúde²².

Ainda hoje, os serviços odontológicos prestados para os idosos, fundamenta-se na instalação de próteses, em grande parte indicada pelo médico, já que com a idade aumenta-se a procura por serviços médico-hospitalares e diminui a procura por serviços em saúde bucal²³.

Elias *et al.*²⁵, em seu estudo, percebeu no PSF (Programa de Saúde da Família) uma melhor alternativa de porta de entrada nos extratos de menor exclusão social, enquanto para uma maior exclusão social o modelo mais indicado foi a UBS. Dados semelhantes foram encontrados nos resultados de Rio de Janeiro e São Paulo, pois aqueles idosos que viviam nos locais com melhor condição socioeconômica tinham uma percepção mais positiva de saúde quando comparados com os outros menos favorecidos economicamente^{24,26}.

Em estudos anterior, foram apontadas falhas, em ambas modalidades de entrada à assistência básica^{25,27}, tais como dificuldades estruturais na oferta de serviços, que vão além da organização interna das unidades, como horários rígidos, limitados de funcionamento, a necessidade de se ir pessoalmente para marcar consultas.

No presente estudo, o fato de o idoso pertencer a uma USF ou UBS, independente da região no município, com maior ou menor exclusão social, com presença ou não da ESB, não influenciou clinicamente sua condição, nem sua autopercepção ou sua qualidade de vida.

A interpretação disso, pode estar relacionada ao fato de que para o idoso, programas como inserção de ESB (Equipe de Saúde Bucal) em PSF (Programas de Saúde da Família) não vem apresentando resultados positivos em relação à saúde bucal do idoso usuário do SUS, seja como consequência de modelos assistenciais anteriores³, ou pelo fato de a saúde bucal pública ser insuficiente na oferta por serviços protéticos, uma vez que o idoso, ser em quase sua totalidade edêntulo ou parcialmente edêntulo, a atenção básica não

oferecerem serviços protéticos e a oferta em centros de especialidades é bem menor que a demanda, embora tenha havido inúmeros projetos e envolvidos recursos do Ministério da Saúde, a oferta ainda é insuficiente⁶.

Muitas vezes, o idoso sequer sabe da existência do serviço de saúde bucal na atenção básica e quando conhece, acaba desistindo devido à demora e grande demanda pela procura de serviços protéticos nos Centros de Especialidades Odontológicas²⁸.

Embora os modelos assistenciais atuais, com investimento para melhor organização da demanda no SUS tenham demonstrado melhores números e dados (SB Brasil, 2010)²⁹, ainda há muito a ser feito, sobretudo no que tange à capacitação profissional, no atendimento ao idoso, na facilitação para obtenção de uma prótese. Dispor de recursos financeiros e humanos, reorganizar e redimensionar a assistência à saúde, será o grande desafio que o SUS terá de enfrentar a fim de modificar dados epidemiológicos, melhora nas condições de saúde bucal, autopercepção em saúde bucal e qualidade de vida²⁹.

Ainda não há avaliações de amplitude nacional quanto ao efeito do serviço público odontológico sobre as desigualdades nos indicadores de saúde bucal, bem como são escassos os estudos aplicados a contextos regionais. No entanto, as estratégias de ampliação progressiva e direcionamento dos recursos públicos de atenção odontológica, para fins programáticos, podem estar sendo bem-sucedidas quanto à redução das desigualdades em saúde conforme mostram estudos já realizados⁶.

Cabem novos estudos acerca do problema, entretanto, mais importante é estabelecer critérios e investimentos que aumentem os recursos destinados a serviços em saúde bucal, como forma de compensar modelos assistenciais em saúde bucal, que de certo modo prejudicaram o idoso de hoje, diminuindo sua autoestima, seu convívio social, sua função.

CONCLUSÕES

O fato de o idoso pertencer a uma USF ou UBS, independente da região no município, com maior ou menor índice de exclusão social, não influenciou os resultados estatisticamente obtidos no presente estudo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde – Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/SNAS. ABC do SUS: Doutrinas e princípios. Brasília, 1990.
2. Córdon JA. Dificuldades, contradições e avanços na inserção da Odontologia no SUS. *Divulgação em Saúde para debate*, n. 13, p. 36-53, 1996
3. Roncalli AGCO, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos Assistenciais em saúde bucal no Brasil: Tendências e perspectivas. *Ação Coletiva: Vol. II (1)*, Jan/Mar 1999.
4. Brasil. Ministério da Saúde - Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde, 2004.
5. Narvai PC. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, 2011; 5:21-34.
6. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev. Saúde Pública*, 2010; 44(2):360-5.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde – Saúde da Família. 2006
8. IPPLAP – Índice de Exclusão Social: Características da População, 2003. Disponível em: <http://www.ipplap.com.br/docs/meis.pdf> (último acesso em 15 de novembro de 2013).
9. Esmeriz CEC, Meneghim MC, Ambrosano GMB. Self-Perception of Oral Health in non-institutionalised elderly of Piracicaba city, Brasil. *Gerodontology*. 2012, 29:e-281-e-289.
10. Katz, 1963 - Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185(12):914-9.
11. Brunetti RF, Montenegro FLB, Manetta CE. Odontologia Geriátrica no Brasil: uma realidade para o novo século. *Atual. Geriátr.* 1998; 3(15):26-29.
12. Erickson L. Oral Health promotion and prevention for older adults. *Dent. Clin North Am.*, Philadelphia, 1997; 41 (4):727-750.

13. Paunovich ED, Sadowsky JM, Carter P. The most frequently prescribed medications in the elderly and their impact on dental treatment. *Dent. Clin. North Am, Philadelphia*, 1997; 41(4):699-726.
14. World Health Organization (WHO). Organização Mundial de Saúde (OMS). Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal: Manual de Instruções. 4ª Ed. São Paulo: Ed. Santos, 1999, 66 p.
15. Garrat, AM, Ruta DA, Abdalla MI, Buckingham JK, Russell IT. The SF36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? *BMJ* 1993; 306: 1440-1444.
16. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Brasil Epidemiol* 1999;39(3):143-50.
17. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dental Educ.* 1990; 54:680-687
18. Silva SRC, Castellanos RAF. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Públ* 2001; 35(4):349-55.
19. SAS User's Guide: Statistics, version 8.2. Cary [NY]: SAS Institute Inc 2001.
20. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad. De Saúde Pública*, 2008. Rio de Janeiro, 24(2) 241-246.
21. Ferreira de Melo ALS, Erdmann AL. Revelando contradições e incorporando melhores práticas no cuidado à saúde bucal de idosos.v *Physis; Revista de Saúde Coletiva.* 17(1) RJ, jan/mar 2005.
22. Guimarães MLR, Hilgert JB, Hugo FN, Nocchi P, Padilha DMP. Impacto da perda dentária na Qualidade de Vida de idosos independentes. *Scientia Medica*, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 1, jan./mar. 2005.
23. Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar. Acesso e utilização dos serviços de saúde. Brasília: IBGE; 1998.
24. Benedetti TRB, Schaefer ALFM, Gonçalves LHT- Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. *Ciênc. saúde coletiva* vol.12 no.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2007.

25. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão AJ, et al.. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3):633-641, 2006.
26. Veras RP. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume–Dumará/UERJ; 2002.
27. Macinko J, Almeida C: Oliveira E Sá. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis Brasil. *Int J. Health Plann MGMT*, 2004; 10;303-17.
28. Rohr RIT, Barcellos LA. As barreiras de acesso para os serviços odontológicos UFES *Rev Odontol* 2008; 3(10):37- 41.
29. Brasil. Ministério da Saúde – SB Brasil, 2010. Brasília, 2013.

Tabelas e Figuras:

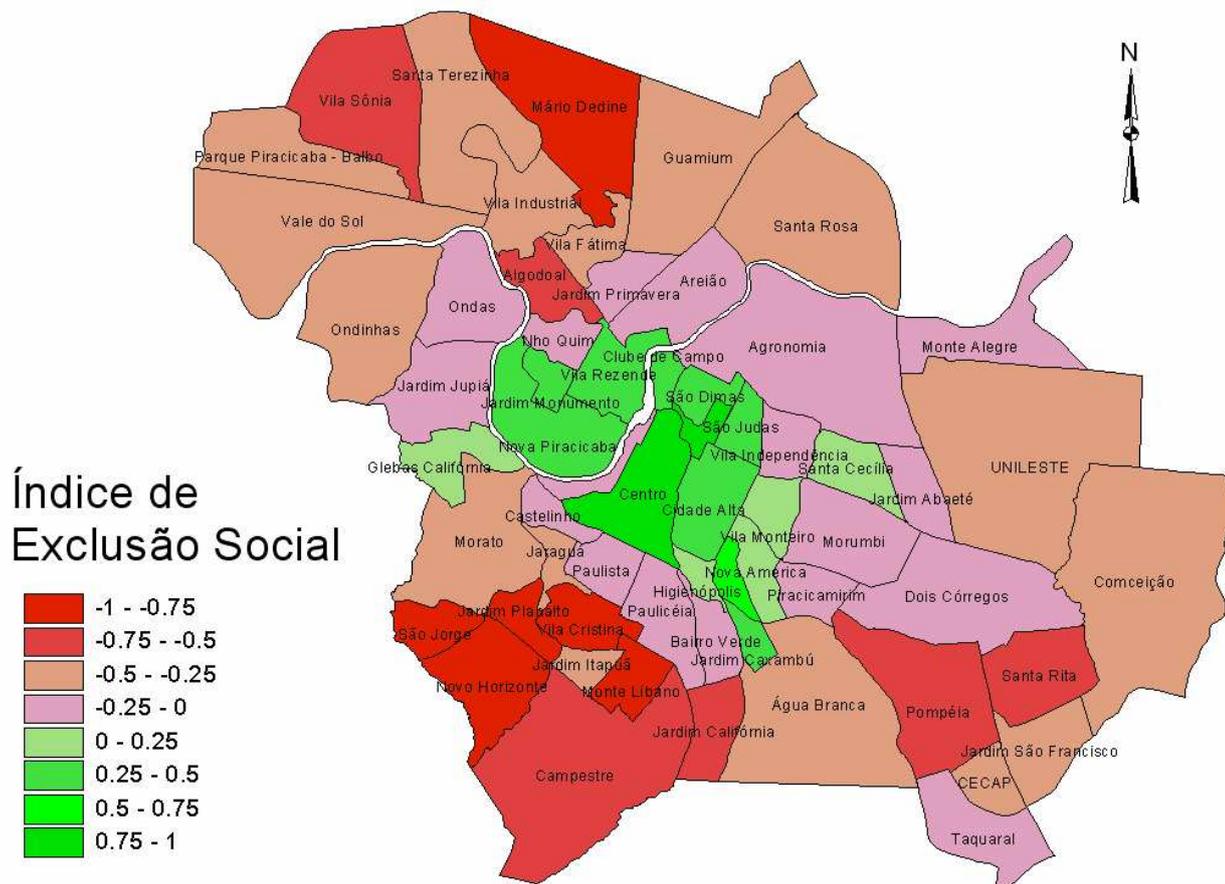


Figura 1: Mapa de Exclusão Social do Município de Piracicaba, IPPLAP, 2003.

Tabela 1: Análise Bivariada entre USF/UBS, uso de próteses, características sociodemográficas, autopercepção de saúde bucal e qualidade de vida - Estratos 1 e 2*. Piracicaba, Brasil, 2013.

| Características | Unidade de Saúde da Família (USF) n (%) | Unidade Básica de Saúde (UBS) n (%) | p (x²/Exato de Fisher) | Odds Ratio IC** (95%) |
|-------------------------------------|--|--|--|------------------------------|
| Gênero | | | | |
| Feminino | 57 (51,4%) | 54 (48,6%) | 0,76 | 1,15 (0,63-2,10) |
| Masculino | 33 (47,8%) | 36 (52,2%) | | 1,00 |
| Faixa Etária | | | | |
| 60-70 anos | 66 (48,9%) | 69 (51,1%) | 0,73 | 0,84 (0,43-1,64) |
| 71 anos ou mais | 24 (53,3%) | 21 (46,7%) | | 1,00 |
| Estado Civil | | | | |
| Casado | 58 (49,6%) | 59 (50,4%) | 1,00 | 0,95 (0,51-1,76) |
| Não casado | 32 (50,8%) | 31 (49,2%) | | 1,00 |
| Escolaridade | | | | |
| Alfabetizado | 69 (48,9%) | 72 (51,1%) | 0,72 | 0,82 (0,40-1,67) |
| Não Alfabetizado | 21 (53,8%) | 18 (46,2%) | | 1,00 |
| Prótese | | | | |
| Usa | 70 (49,3%) | 72 (50,7%) | 0,85 | 0,87 (0,43-1,79) |
| Não Usa | 20 (52,6%) | 18 (47,4%) | | 1,00 |
| Autopercepção de Saúde Bucal | | | | |
| ≤30 - Negativo | 25 (52,1%) | 23 (47,9%) | 0,87 | 1,12 (0,58-2,17) |
| >30 - Positivo | 65 (49,2%) | 67 (50,8%) | | 1,00 |
| Capacidade Funcional | | | | |
| Ruim | 7 (70%) | 3 (30%) | 0,33 | 2,45 (0,61-9,77) |
| Regular/Boa | 83 (48,8%) | 87 (51,2%) | | 1,00 |
| Aspectos Físicos | | | | |
| Ruim | 19 (54,3%) | 16 (45,7%) | 0,71 | 1,24 (0,59-2,59) |
| Regular/Boa | 71 (49%) | 74 (51%) | | 1,00 |
| Dor | | | | |
| Ruim | 15 (57,7%) | 11 (42,3%) | 0,52 | 1,44 (0,62-3,33) |
| Regular/Boa | 75 (48,3%) | 79 (51,3%) | | 1,00 |
| Estado Geral de Saúde | | | | |
| Ruim | 9 (81,8%) | 2 (18,2%) | 0,06 | 4,88 (1,02-23,3) |
| Regular/Boa | 81 (47,9%) | 88 (52,1%) | | 1,00 |
| Vitalidade | | | | |
| Ruim | 6 (60%) | 4 (40%) | 0,74 | 1,54 (0,42-5,64) |
| Regular/Boa | 84 (49,4%) | 86 (50,6%) | | 1,00 |
| Aspectos Sociais | | | | |
| Ruim | 5 (71,4%) | 2 (28,6%) | 0,44 | 2,58 (0,49-13,7) |
| Regular/Boa | 85 (49,1%) | 88 (50,9%) | | 1,00 |
| Aspectos Emocionais | | | | |
| Ruim | 16 (53,3%) | 14 (46,7%) | 0,84 | 1,17 (0,53-2,57) |
| Regular/Boa | 74 (49,3%) | 76 (50,7%) | | 1,00 |
| Saúde Mental | | | | |
| Ruim | 7 (63,7%) | 4 (36,3%) | 0,53 | 1,81 (0,51-6,42) |
| Regular/Boa | 83 (49,1%) | 86 (50,9%) | | 1,00 |

*Estratos 1 e 2 (índices: -01 à -0,75 e -0,75 à -0,5) - MAPA DE EXCLUSÃO SOCIAL - IPPLAP, 2003

** IC - Intervalo de Confiança

Tabela 2: Regressão Logística Multipla com USF/UBS como variável dependente - Estratos 1 e 2*. Piracicaba, Brasil, 2013.

| Características | Unidade de Saúde da Família (USF) n (%) | Unidade de Básica de Saúde (UBS) n (%) | Odds Ratio Ajustado | IC 95% | p-valor |
|------------------------------|---|--|---------------------|--------------|---------|
| Estado Geral de Saúde | | | | | |
| Ruim | 9 (81,8%) | 2 (18,2%) | 4,93 | 0,40 à 60,65 | 0,21 |
| Regular/Boa | 81 (47,9%) | 88 (52,1%) | 1,00 | | |

IC - Intervalo de Confiança 95%

Tabela 3: Análise Bivariada entre USF/UBS, uso de próteses, características sociodemográficas, autopercepção de saúde bucal e qualidade de vida - Estratos 3 e 4*. Piracicaba, Brasil, 2013.

| Características | Unidade de Saúde da Família (USF) n (%) | Unidade Básica de Saúde (UBS) n (%) | p (x²/Exato de Fisher) | Odds Ratio IC** (95%) |
|-------------------------------------|--|--|--|------------------------------|
| Gênero | | | | |
| Feminino | 62 (50,8%) | 60 (49,2%) | 0,87 | 1,11 (0,59-2,07) |
| Masculino | 28 (48,3%) | 30 (51,7%) | | 1,00 |
| Faixa Etária | | | | |
| 60-70 anos | 54 (48,2%) | 58 (51,8%) | 0,64 | 0,83 (0,45-1,51) |
| 71 anos ou mais | 36 (52,9%) | 32 (47,1%) | | 1,00 |
| Estado Civil | | | | |
| Casado | 49 (49%) | 51 (51%) | 0,88 | 0,91 (0,51-1,64) |
| Não casado | 41 (51,2%) | 39 (48,8%) | | 1,00 |
| Escolaridade | | | | |
| Alfabetizado | 69 (49,6%) | 70 (50,4%) | 1,00 | 0,94 (0,47-1,88) |
| Não Alfabetizado | 21 (51,2%) | 20 (48,8%) | | 1,00 |
| Prótese | | | | |
| Usa | 76 (51,7%) | 71 (48,3%) | 0,44 | 1,45 (0,68-3,11) |
| Não Usa | 14 (42,2%) | 19 (57,6%) | | 1,00 |
| Autopercepção de Saúde Bucal | | | | |
| ≤30 - Negativo | 18 (45%) | 22 (55%) | 0,59 | 0,77 (0,38-1,56) |
| >30 - Positivo | 72 (51,4%) | 68 (48,6%) | | 1,00 |
| Capacidade Funcional | | | | |
| Ruim | 5 (41,7%) | 7 (58,3%) | 0,76 | 0,69 (0,21-2,28) |
| Regular/Boa | 85 (50,6%) | 83 (49,4%) | | 1,00 |
| Aspectos Físicos | | | | |
| Ruim | 9 (42,9%) | 12 (57,1%) | 0,64 | 0,72 (0,29-1,81) |
| Regular/Boa | 81 (50,9%) | 78 (49,1%) | | 1,00 |
| Dor | | | | |
| Ruim | 8 (40%) | 12 (60%) | 0,47 | 0,63 (0,25-1,63) |
| Regular/Boa | 82 (51,2%) | 78 (48,8%) | | 1,00 |
| Estado Geral de Saúde | | | | |
| Ruim | 7 (70%) | 3 (30%) | 0,33 | 2,44 (0,61-9,77) |
| Regular/Boa | 83 (48,8%) | 87 (51,2%) | | 1,00 |
| Vitalidade | | | | |
| Ruim | 6 (54,5%) | 5 (45,5%) | 1,00 | 1,21 (0,35-4,13) |
| Regular/Boa | 84 (49,7%) | 85 (50,3%) | | 1,00 |
| Aspectos Sociais | | | | |
| Ruim | 5 (33,3%) | 10 (66,7%) | 0,28 | 0,47 (0,15-1,43) |
| Regular/Boa | 85 (51,5%) | 80 (48,5%) | | 1,00 |
| Aspectos Emocionais | | | | |
| Ruim | 8 (40%) | 12 (60%) | 0,47 | 0,63 (0,24-1,63) |
| Regular/Boa | 82 (51,2%) | 78 (48,8%) | | 1,00 |
| Saúde Mental | | | | |
| Ruim | 10 (77%) | 3 (23%) | 0,08 | 3,62 (0,96-13,64) |
| Regular/Boa | 80 (47,9%) | 87 (52,1%) | | 1,00 |

*Estratos 3 e 4 (índices: -0,5 à -0,25 e -0,25 à 0) - MAPA DE EXCLUSÃO SOCIAL - IPPLAP, 2003

** IC - Intervalo de Confiança

Tabela 4: Regressão Logística Multipla com USF/UBS como variável dependente - Estratos 3 e 4*. Piracicaba, Brasil, 2013.

| Características | Unidade de Saúde da Família (USF) n (%) | Unidade de Básica de Saúde (UBS) n (%) | Odds Ratio Ajustado | IC 95% | p-valor |
|---------------------|---|--|---------------------|--------------|---------|
| Saúde Mental | | | | | |
| Ruim | 10 (77%) | 3 (23%) | 4,33 | 0,36 à 52,67 | 0,25 |
| Regular/Boa | 80 (47,9%) | 87 (52,1%) | 1,00 | | |

IC - Intervalo de Confiança 95%

Tabela 5: Análise Bivariada entre USF/UBS, uso de próteses, características sociodemográficas, autopercepção de saúde bucal e qualidade de vida - Estratos 5 e 6*. Piracicaba, Brasil, 2013.

| Características | Unidade de Saúde da Família (USF) n (%) | Unidade Básica de Saúde (UBS) n (%) | p (x²/Exato de Fisher) | Odds Ratio IC** (95%) |
|-------------------------------------|--|--|--|------------------------------|
| Gênero | | | | |
| Feminino | 54 (51%) | 52 (49%) | 0,88 | 1,09 (0,60-1,98) |
| Masculino | 36 (48,6%) | 38 (51,4%) | | 1,00 |
| Faixa Etária | | | | |
| 60-70 anos | 59 (51%) | 57 (49%) | 0,87 | 1,10 (0,59-2,02) |
| 71 anos ou mais | 31 (48,4%) | 33 (51,6%) | | 1,00 |
| Estado Civil | | | | |
| Casado | 60 (51,3%) | 57 (48,7%) | 0,75 | 1,16 (0,63-2,92) |
| Não casado | 30 (47,6%) | 33 (52,4%) | | 1,00 |
| Escolaridade | | | | |
| Alfabetizado | 76 (51,4%) | 72 (48,6%) | 0,55 | 1,35 (0,63-2,929) |
| Não Alfabetizado | 14 (43,7%) | 18 (56,3%) | | 1,00 |
| Prótese | | | | |
| Usa | 70 (48,6%) | 74 (51,4%) | 0,57 | 0,76 (0,36-1,57) |
| Não Usa | 20 (55,6%) | 16 (44,4%) | | 1,00 |
| Autopercepção de Saúde Bucal | | | | |
| ≤30 - Negativo | 20 (55,6%) | 16 (44,4%) | 0,57 | 1,32 (0,63-2,75) |
| >30 - Positivo | 70 (48,6%) | 74 (51,4%) | | 1,00 |
| Capacidade Funcional | | | | |
| Ruim | 6 (60%) | 4 (40%) | 0,74 | 1,53 (0,42-5,64) |
| Regular/Boa | 84 | 86 | | 1,00 |
| Aspectos Físicos | | | | |
| Ruim | 10 (50,6%) | 8 (49,4%) | 0,80 | 1,28 (0,48-3,41) |
| Regular/Boa | 80 (49,4%) | 82 (50,6%) | | 1,00 |
| Dor | | | | |
| Ruim | 10 (47,6%) | 11 (52,4%) | 1,00 | 0,89 (0,36-2,23) |
| Regular/Boa | 80 (50,3%) | 79 (49,7%) | | 1,00 |
| Estado Geral de Saúde | | | | |
| Ruim | 5 (33,3%) | 10 (66,7%) | 0,28 | 0,47 (0,15-1,44) |
| Regular/Boa | 85 (51,5%) | 80 (48,5%) | | 1,00 |
| Vitalidade | | | | |
| Ruim | 8 (57,1%) | 6 (42,8%) | 0,78 | 1,36 (0,45-4,11) |
| Regular/Boa | 82 (49,4%) | 84 (50,6%) | | 1,00 |
| Aspectos Sociais | | | | |
| Ruim | 4 (40%) | 6 (60%) | 0,74 | 0,65 (0,18-2,39) |
| Regular/Boa | 86 (50,6%) | 84 (49,4%) | | 1,00 |
| Aspectos Emocionais | | | | |
| Ruim | 7 (58,3%) | 5 (41,7%) | 0,76 | 1,43 (0,44-4,70) |
| Regular/Boa | 83 | 85 | | 1,00 |
| Saúde Mental | | | | |
| Ruim | 3 (37,5%) | 5 (62,5%) | 0,72 | 0,58 (0,13-2,53) |
| Regular/Boa | 87 (50,6%) | 85 (49,4%) | | 1,00 |

*Estratos 5 e 6 (índices: 0 à 0,25 e 0,25 à 0,5) - MAPA DE EXCLUSÃO SOCIAL - IPPLAP, 2003

** IC - Intervalo de Confiança

CONSIDERAÇÕES

Observa-se, a necessidade de o idoso conhecer-se e autoavaliar-se, segundo suas reais condições de saúde bucal, adquirindo melhor qualidade de vida associada à saúde bucal, melhorando e promovendo saúde a partir da atenção básica, incentivando e investindo maiores recursos em saúde bucal de idosos, revertendo uma situação de muitas perdas, deficiências e necessidades.

Os resultados epidemiológicos apontados nestes estudos refletem dados já obtidos de outros trabalhos, com estatísticas bastante semelhantes. Há uma caracterização do idoso de Piracicaba, representado por índices de CPO-D, uso de algum tipo de próteses removíveis (parciais ou totais) bastante altos. Mas, embora a saúde bucal seja esquecida ou referêcia de menor importância na saúde do idoso, há aspectos que direta ou indiretamente envolvem a saúde bucal do idoso.

Características sociodemográficas, associadas a aspectos clínicos da saúde bucal do idoso, a determinados domínios de qualidade de vida, à autopercepção de saúde bucal e depressão na terceira idade, apresentaram diferenças estatisticamente significativas, como Capacidade funcional, sociais, emocionais. Fatores psicossociais, personalidade, diferenças socioeconômicas estão fortemente associados à qualidade de vida do idoso e explicam em parte, porém não totalmente, as diferenças na autopercepção de saúde bucal em indivíduos com perda de elementos dentários e uso de próteses.

Não cabe apenas realizar trabalhos, pesquisas, que em muito auxiliam o conhecimento do que envolve o tema envelhecimento saudável, mas a questão é mais ampla. É a união de esforços de profissionais de saúde, movimentos sociais, organizações populares, políticas saudáveis, gestores e autoridades públicas assumindo suas responsabilidades sobre aspectos positivos e negativos que essas políticas públicas exercem sobre condições de saúde e de vida.

Saber a melhor forma de intermediar população e poder público, fornecer meios de capacitação para a cidadania e controle social são práticas imensuráveis que podem conchamar a todos ao movimento social.

CONCLUSÃO

Os estudos demonstraram alto uso de próteses por idosos, sobretudo do gênero feminino, não se restringindo a perda dental a aspectos funcionais mas também associados a elementos de qualidade de vida. Quanto melhor a capacidade funcional, aspectos físicos, e aspectos emocionais do idoso e menor sensação de dor, maior a chance do idosos procurar por serviços odontológicos em substituição aos dentes perdidos, o que pode ser analisado pelo fato de o indivíduo quando está bem funcional e psicologicamente, tem mais disposição para procurar por serviços em saúde bucal, seja para a manutenção dos elementos dentários ou para a colocação de próteses, não mais necessitando da substituição dos elementos protéticos bucais. O modelo de atenção básica, independente do local ou região onde vive o idoso e o índice de exclusão social a que pertence esse idoso, não influenciaram os resultados estatisticamente obtidos.

REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública, 2000; 34: 316-319.
2. Brasil. Ministério da Saúde – A política Nacional de Saúde Bucal no Brasil – Reg. De uma conquista Histórica. Brasília – DF, 2006
3. Carvalho CL, Martins EM. O significado da saúde e da doença na sociedade. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coor. Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, 1998; 1:91-114.
4. Neri AL. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: Duarte, A.O.D.. Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu 2000, 33-47.
5. Nitschke I, Müller F. The impacto f oral health on thé Quality of life in elderly. Oral Health Prev. Dent 2004; 2 Suppl 1:271-5.
6. Pinto VG. Saúde bucal coletiva. SP: Edit. Santos, 2000.
7. Portillo e Paes – Portillo JAC, Paes AMC. Autopercepçãp de Qualidade de Vida relativo à saúde bucal. Rev. Brasil. de Odontologia e Saúde Coletiva 2000; 1(1): 75-88.
8. Queiroz ZPV. Cuidando do idoso: uma abordagem social. Mundo da Saúde; 2000; 24: 246-248.
9. Rodrigues SM, Vargas AMD, Moreira NA. Percepção de Saúde Bucal em idosos. Rev. Arquivos em Odontologia. UFMG, 2003; (3): 195-212.
10. Selikowitz HS. Acknowledging cultural differences in the care of refriges and immigrants Int Dental J. 1994; 44:59-61.
11. Souza DJ, Cury JA, Caminha JAN, Ferreira MA, Tomita NE, Narvai PC, et al. A inserção da Saúde Bucal de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Rev. Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva. 2001; 2: 7-28.
12. Trulsson U, Engstrand P, Berggren U, Nmack U, Brånemark PI. Edentulousness and oral rehabilitation: experiences from the patients perspective. Eur. J Oral Sci 2002, 110(6): 417-24.

13. Andréa Maria Duarte Vargas, Mara Vasconcelos, Marco Túlio de Freitas Ribeiro. Saúde Bucal: Atenção ao idoso. Nescon UFMG, 2011 – Belo Horizonte.
14. Werner CW, Saunders MJ, Paunovich E & Yeh C. Odontologia Geriátrica, 1998. 11:62-70.
15. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992; 22(3): 429-45.

ANEXO 1

ÍNDICE GOHAI

Nos últimos 3 meses, qual a frequência com que o senhor(a):
(Assinalar apenas uma resposta)

| Perguntas | Respostas | | |
|---|------------|--------------|-----------|
| | Sempre (1) | Às vezes (2) | Nunca (3) |
| 1. Limitou o tipo ou quantidade de alimento que come devido a problemas com seus dentes ou próteses? | | | |
| 2. Teve dificuldade em mastigar certos alimentos como carne ou maçã? | | | |
| 3. Foi capaz de engolir alimentos confortavelmente? | | | |
| 4. Percebeu que seus dentes ou próteses o (a) impediram de falar como gostaria? | | | |
| 5. Foi capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto? | | | |
| 6. Evitou contato com pessoas por causa das condições de seus dentes, gengivas ou prótese(s)? | | | |
| 7. Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto de seus dentes ou próteses? | | | |
| 8. Precisou usar medicamentos para aliviar dor ou desconforto relativos à sua boca? | | | |
| 9. Aborreceu-se ou teve preocupações a respeito com seus dentes, gengivas ou próteses? | | | |
| 10. Sentiu-se nervoso(a) com seus dentes, gengivas ou próteses? | | | |
| 11. Sentiu-se desconfortável ao alimentar-se em frente a outras pessoas por causa de seus dentes, gengivas ou próteses? | | | |
| 12. Sentiu sensibilidade nos dentes ou gengivas ao contato com calor, frio ou doces? | | | |
| PONTUAÇÃO | | | |
| TOTAL | | | |

As questões 3,5 e 7 são pontuadas de modo inverso (a resposta sempre equivale a 3 pontos).

ANEXO 2 Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

QUESTÕES

RESPOSTAS

Colocar abaixo os valores correspondentes a cada questão. No final peça para calcular. (ex: valor 4.4 significa 4,6)

| | | | | | |
|---|--|--|-----|----------|--|
| <p>1- Em geral você diria que sua saúde é: Excelente(5.0); Muito Boa(4.4) ;Boa(3.4) ; Ruim(2.0) ;Muito Ruim(1.0)</p> | | | | Pontos | |
| <p>2- Comparada há um ano, como você classificaria sua saúde em geral, agora? Muito Melhor(1); Um Pouco Melhor(2); Quase a Mesma(3); Um Pouco Pior(4); Muito Pior(5)</p> | | | | Pontos | |
| <p>3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. De acordo com a sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?</p> | | | | a)Pontos | |
| | | | | b)Pontos | |
| | | | | c)Pontos | |
| | | | | d)Pontos | |
| | | | | e)Pontos | |
| | | | | f)Pontos | |
| | | | | g)Pontos | |
| | | | | h)Pontos | |
| | | | | i)Pontos | |
| | | | | j)Pontos | |
| <p>4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas no seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?</p> | | | | a)Pontos | |
| | | | | b)Pontos | |
| | | | Sim | Não | |
| a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | | | 1 | 2 | |
| b) Realizou menos tarefas do que você gostaria? | | | 1 | 2 | |

| | | |
|--|---|---|
| c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| d) Teve dificuldade de executar seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)? | 1 | 2 |

c)Pontos

d)Pontos

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

a)Pontos

b)Pontos

c)Pontos

| | | |
|---|-----|-----|
| | Sim | Não |
| a) Você diminui a quantidade de tempo que dedicava-se ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| b) Realizou menos tarefas do que você gostaria? | 1 | 2 |
| c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz. | 1 | 2 |

Pontos

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?
De forma nenhuma(5); Ligeiramente(4); Moderadamente(3); Bastante(2); Extremamente (1)

Pontos

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas? Nenhuma(6.0); Muito Leve(5.4); Leve(4.2); Moderada(3.1); Grave(2.0); Muito Grave(1.0)

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?
De maneira alguma(1); Um pouco(2); Moderadamente(3); Bastante(4); Extremamente(5)

:::Interpretação para pontuar:

A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7 Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)

Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)

Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)

Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)

Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)

Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1) Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: Se a resposta for (1), a pontuação será (6)

Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)

Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)

Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)

Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)

Pontos

9- Para cada questão abaixo, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

a)Pontos

b)Pontos

c)Pontos

d)Pontos

e)Pontos

f)Pontos

g)Pontos

h)Pontos

i)Pontos

| | Sempre | A maior parte do tempo | Boa parte do tempo | As vezes | Poucas vezes | Nunca |
|---|--------|------------------------|--------------------|----------|--------------|-------|
| a) Por quanto tempo você se sente cheio de vigor, força, e animado? | 6 | 5 | 4 | 4 | 2 | 1 |
| b) Por quanto tempo se sente nervosa(o)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c) Por quanto tempo se sente tão deprimido que nada pode animá-lo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d) Por quanto tempo se sente calmo ou tranquilo? | 6 | 5 | 4 | 4 | 2 | 1 |
| e) Por quanto tempo se sente com muita energia? | 6 | 5 | 4 | 4 | 2 | 1 |
| f) Por quanto tempo se sente desanimado ou abatido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g) Por quanto tempo se sente esgotado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h) Por quanto tempo se sente uma pessoa feliz? | 6 | 5 | 4 | 4 | 2 | 1 |
| i) Por quanto tempo se sente cansado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

10- Durante as últimas 4 semanas, por quanto tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Pontos

Sempre(1) ;A maior parte do tempo (2); Boa parte do tempo (3); Poucas vezes(4); Nunca(5)

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

| | Definitivamente verdadeiro | A maioria das vezes verdadeiro | Não sei | A maioria das vezes falso | Definitivamente falso |
|--|----------------------------|--------------------------------|---------|---------------------------|-----------------------|
| a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheça | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| c) Eu acho que a minha saúde vai piorar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) Minha saúde é excelente | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

a)Pontos

b)Pontos

c)Pontos

PONTUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

::: **Valor total obtido nas questões correspondentes** :::

::: **Após calcular passe para a fase 2 abaixo**:::

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida. Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
 - Dor
- Estado geral de saúde
 - Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
 - Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

| Domínio | Pontuação das questões correspondidas | Limite inferior | Variação |
|-----------------------------------|---|-----------------|----------|
| Capacidade funcional | 03 | 10 | 20 |
| Limitação por aspectos físicos | 04 | 4 | 4 |
| Dor | 07 + 08 | 2 | 10 |
| Estado geral de saúde | 01 + 11 | 5 | 20 |
| Vitalidade | 09 (somente os itens a + e + g + i) | 4 | 20 |
| Aspectos sociais | 06 + 10 | 2 | 8 |
| Limitação por aspectos emocionais | 05 | 3 | 3 |
| Saúde mental | 09 (somente os itens b + c + d + f + h) | 5 | 25 |

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

$$\text{Domínio: } \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

$$\text{Capacidade funcional: } \frac{21 - 10 \times 100}{20} = 55$$

20

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

· Dor (ver tabela) - Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula: Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{(\text{Score Range})}$ Variação

$$\text{Dor: } \frac{9,4 - 2 \times 100}{10} = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor. Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás. Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

ANEXO 3

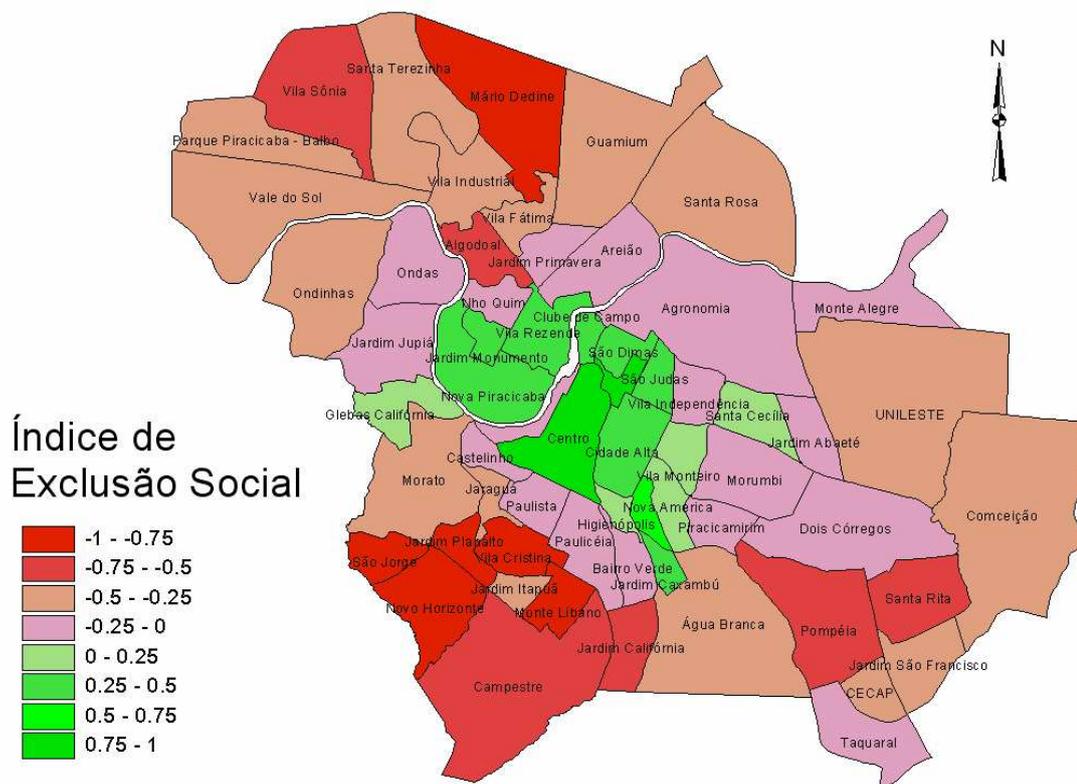


Figura 1: Mapa de Exclusão Social do Município de Piracicaba, IPPLAP, 2003.

ANEXO 4



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**



CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "**Autopercepção e qualidade de vida em saúde bucal de idosos não institucionalizados de Piracicaba/Brazil**", protocolo nº 126/2010, dos pesquisadores Cláudia Elisa de Campos Esmeriz e Marcelo de Castro Meneghim, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 15/11/2010.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project "**Self-perception and quality of life in oral health of non-institutionalized elderly of Piracicaba city/Brazil**", register number 126/2010, of Cláudia Elisa de Campos Esmeriz and Marcelo de Castro Meneghim, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 11/15/2010.

Prof. Dr. Pablo Agustin Vargas
Secretário
CEP/FOP/UNICAMP

Prof. Dr. Jacks Jorge Junior
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.

ANEXO 5

[RBE] Agradecimento pela Submissão

Sandra Suzuki

10/02/2014

Para: Cláudia Cláudia Campos Esmeriz



<https://mail.live.com/?rru=compose&to=suporte.aplicacao@scielo.org&ru=https%3A%2F%2Fbay172.mail.live.com%2Fdefault.aspx%3Fid%3D64855https://mail.live.com/?rru=compose&to=suporte.aplicacao@scielo.org&ru=https%3A%2F%2Fbay172.mail.live.com%2Fdefault.aspx%3Fid%3D64855>

Prezado(a) Prof.(^a) Dr.(^a) Cláudia Cláudia Campos Esmeriz,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Edentulismo e Uso de Próteses associados à qualidade de vida em idosos não institucionalizados." para Revista Brasileira de Epidemiologia. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:

<http://submission.scielo.br/index.php/rbepid/author/submission/130429>

Login: esmeriz

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Sandra Suzuki

Revista Brasileira de Epidemiologia

Revista Brasileira de Epidemiologia - Abrasco

<http://submission.scielo.br/index.php/rbepid>