

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

CLÁUDIA ELISA DE CAMPOS ESMERIZ

Cirurgiã-Dentista

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

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Odontologia, área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientador:

Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim

Piracicaba

2010

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

Bibliotecária: Marilene Girello – CRB-8ª. / 6159

Es53a	Esmeriz, Cláudia Elisa de Campos. Autopercepção em saúde bucal em idosos não- institucionalizados. / Cláudia Elisa de Campos Esmeriz. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2010. Orientador: Marcelo de Castro Meneghim. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. 1. Qualidade de vida. I. Meneghim, Marcelo de Castro. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título. (mg/fop)
-------	---

Título em Inglês: Self-perception of oral health and quality of life in non-institutionalized elderly

Palavras-chave em Inglês (Keywords): 1. Quality of life

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Titulação: Mestre em Odontologia

Banca Examinadora: Marcelo de Castro Meneghim, Gláucia Maria Bovi Ambrosano, Silvio Rocha Correa da Silva

Data da Defesa: 23-02-2010

Programa de Pós-Graduação em Odontologia



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, em sessão pública realizada em 23 de Fevereiro de 2010, considerou a candidata CLÁUDIA ELISA DE CAMPOS ESMERIZ aprovada.



Prof. Dr. MARCELO DE CASTRO MENEGHIM



Prof. Dr. SILVIO ROCHA CORREA DA SILVA



Profa. Drs. GLÁUCIA MARIA BOVI AMBROSANO

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes da minha vida: a Deus, primeiramente, sem o qual nada seria; à Carolina, minha filha linda, minha luz, minha vida, meu tudo; a meu esposo, Douglas, por sua dedicação e amor sempre presentes; à minha irmã, Cristiane, quem mais me incentivou nos passos acadêmicos e cuja experiência me guiaram até aqui; à minha querida mãe, Marly, meu amparo sempre, minha força; e ao meu amado pai, José Maria, que apesar de não ver-me concluir este passo, conduziu-me sempre debaixo da luz do conhecimento e da sabedoria, valorizando-os e que humildemente mostrou-me o caminho mais nobre.

Agradecimentos

Ao Magnífico Reitor da UNICAMP, Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, representada pelo diretor, Prof. Dr. Francisco Haiter Neto.

Ao Prof. Dr. Jacks Jorge Júnior, coordenador dos cursos de Pós-graduação da FOP-UNICAMP.

À Profª Drª Maria Beatriz Duarte Gavião, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

À CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) pela bolsa de Mestrado concedida.

A todos os amigos (Zuca Meneghim, Camila Gonçalo, Luciana Volpato, Marília Batista, Telmo Bittar, Fabíola Kubo, Cris Gibilini, Rosana Hoffmann) que compartilharam esse curto, porém tão rico espaço de tempo, que demonstraram gestos de amizade e carinho e que estiveram comigo no momento mais difícil de minha vida, meu muito obrigada a todos, indistintamente.

Às secretárias do Departamento de Odontologia Social e principalmente à Eliana, por sua dedicação.

À Elisa, secretária da Farmacologia, por seu imenso conhecimento e disposição em ajudar a todos alunos da pós-graduação em Odontologia.

À Profª Drª Maria da Graça Bérzin.

A **todos** os professores do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, por seus conhecimentos, pelas oportunidades, pela amizade, por sua disponibilidade e prazer em ajudar.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Agradeço primeiramente e acima de tudo a Deus, pelas bênçãos, pela minha vida, pela sabedoria e por sua maravilhosa graça em me permitir alcançar tão nobre feito.

Ao meu orientador, Marcelo de Castro Meneghim, por sua experiência, por seus conhecimentos que, prazerosamente transmite, e enriquece-nos dia a dia. Por seu trabalho árduo, dividindo-se entre a direção e seus afazeres, dedicando-se sabiamente como Mestre, meu muito obrigada.

À Profª Drª Gláucia Bovi Ambrosano, por sua imensa disponibilidade e auxílio antes, durante e após o trabalho de pesquisa.

À minha filha, Carolina, e meu esposo, Douglas, pela compreensão, pelo amor, pela confiança e apoio. Aos meus pais, José Maria (*in memoriam*) e Marly, que sempre se fizeram presentes, que em tudo me deram apoio, pela confiança, amor, exemplo e, sobretudo, pelas intercessões e orações a Deus, por mim e pela minha família. À Cristiane, por todo seu apoio, carinho, preocupação e sobretudo por sua experiência e exemplo de dedicação à vida acadêmica.

A todos aqueles que contribuíram voluntariamente neste trabalho, aos agentes, dentistas, auxiliares, enfermeiras, técnicas de enfermagem, farmacistas, médicos, enfim, todos funcionários de todas as Unidades de Saúde da Família que fizeram parte deste estudo; à Drª Dirce Valério, que possibilitou o acesso a essas unidades.

Aos voluntários que prontamente se dispuseram em participar da pesquisa, os quais foram imprescindíveis para que este estudo se viabilizasse. Agradeço imensamente sua cooperação.

RESUMO

O presente trabalho é composto por dois estudos, realizados com uma amostra de 371 idosos vinculados a Unidades de Saúde da Família, tendo como principal objetivo verificar se há associação entre a autopercepção de saúde bucal do idoso e variáveis clínicas, sociodemográficas, domínios de qualidade de vida e depressão geriátrica, e como sua saúde bucal pode interferir em sua autoavaliação e qualidade de vida. Em ambos, a amostra apresentou média (desvio-padrão) de idade de 67,4 anos (2,8), com maioria na faixa etária entre 60 a 70 anos, predomínio do gênero feminino (63,3%), casados (60,5%) e que cursaram o ensino fundamental (75%). Apresentaram alto índice CPO-D em 28,5 (4,8), quando comparado a outras faixas etárias e alta porcentagem de uso de próteses removíveis (parciais ou totais) 80,6%. O primeiro estudo teve como variável dependente a autopercepção de saúde bucal. Foram realizadas avaliações clínicas (OMS 1999) para índice CPO-D, CPI e Uso/Necessidade de prótese, e utilizados três instrumentos de avaliações não clínicas: 1 - Qualidade de Vida (SF-36); 2 - Autopercepção de saúde bucal (Índice GOHAI) e 3 - Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage). Os dados foram avaliados pelos testes de Kruskal-Wallis, Qui-Quadrado e Exato de Fisher (frequência de respostas menores que 5), utilizando um nível de significância de 95% ($\alpha=0,05$). A autopercepção de saúde bucal apresentou como resultados, uma autoavaliação, pelos examinados, considerada positiva (Gohai>30), apesar dos resultados das avaliações clínicas terem sido contrários a essa autopercepção. Em função da autopercepção, a característica sociodemográfica escolaridade apresentou resultados significativos estatisticamente ($p<0,05$). Associada aos domínios de qualidade de vida, apresentaram resultados estatisticamente significativos dois (aspectos físicos e emocionais) dos oito domínios, bem como, depressão geriátrica ($p<0,05$). A metodologia do segundo estudo procurou avaliar aspectos epidemiológicos e a qualidade de vida (por meio de seus oito domínios) do examinado, na qual foram realizadas avaliações clínicas (OMS 1999) para índice CPO-D, CPI e Uso/Necessidade de prótese, e utilizados dois instrumentos de avaliações não clínicas: 1 - Qualidade de Vida (SF-36); 2 - Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage). Todas características

sociodemográficas apresentaram resultados estatisticamente significativos ($p < 0.05$), associados ao CPO-D, e, gênero e estado civil apresentaram para necessidade de prótese. O uso de prótese apresentou diferença estatisticamente significativa, em função dos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor e aspectos emocionais. Destes trabalhos, depreende-se que a saúde geral e fatores psicológicos podem ser significativos para o paciente idoso e interferir em suas condições clínicas de saúde bucal, inclusive na progressão de doenças bucais e tratamentos. Observa-se, então, a necessidade de o idoso conhecer-se e autoavaliar-se, segundo suas reais condições de saúde bucal, procurando auxílio profissional e, conseqüentemente, adquirindo melhor qualidade de vida associada à saúde bucal.

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

ABSTRACT

This work consists of two studies with the main objective to verify whether a relationship exists between self-rated oral health of the elderly and clinical variables, sociodemographic, domains of quality of life and geriatric depression, and how the oral health can interfere in their self-assessment and quality of life. In both, the sample had a mean (standard deviation) age of 67.4 years (2.8), most aged between 60 to 70 years, predominantly female (63.3%), married (60.5%) and with only elementary education (75%). The mean DMFT index was 28.5 (4.8) and high use of removable dentures (partial or total), approximately 80.6%. In the first study, the dependent variable was the self-rated oral health. Were conducted clinical evaluations (OMS 1999) for DMFT index, IPC index and Use / Need for prosthesis, and used three instruments of non-clinical evaluations: 1 - Quality of Life (SF-36); 2 - Self-perception of oral health (Index GOHAI) and 3 - the Geriatric Depression Scale (Yesavage). The data were evaluated using the Kruskal-Wallis, chi-square and Fisher's exact or G-Test (frequency of responses below 5), using a confidence interval of 95% ($\alpha=0.05$). The self-perceived oral health, showed as a result, a self-assessment, considered positive (Gohai > 30), although the findings of the clinical evaluations, have been contrary to this positive self-perception. When associated with self-perception, of socio-demographic characteristics, education been that presented statistically significant results ($p<0.05$). Associated with the domains of quality of life, shown statistically significant two of eight domains, as well as geriatric depression ($p<0.05$). The methodology of the second study sought to evaluate the epidemiological and quality of life (through the eight domains) of each individual, in which clinical evaluations were performed (OMS 1999) for DMFT index, IPC index and Use/Need for prosthesis, and used two instruments of non-clinical evaluations: 1 - Quality of Life (SF-36) 2 - Geriatric Depression Scale (Yesavage). Data were evaluated using Kruskal-Wallis, chi-square and Fisher's exact (frequency of responses below 5) and used a confidence interval of 95% ($\alpha = 0.05$). All socio-demographic characteristics showed significant results ($p<0.05$) associated to the DMFT and, gender and marital status showed $p<0.05$ for need of prosthesis. The use of prosthesis

showed $p < 0.05$ associated to the domains: capacity functional, physical aspects, bodily pain, and emotional aspects. Of these studies, we concluded that general health and psychological factors may be significant for the elderly patient and interfere in their clinical conditions of oral health, including the progression of oral diseases and treatments. It is observed, then, the need of the elderly know self-assess his oral health, according to the his actual oral health status, seeking professional help, and thus achieving better quality of life associated with oral health.

Key-words: Oral Health; Self-Perception; Quality of Life; Elderly.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	01
2. PROPOSIÇÃO	04
3. CAPÍTULOS	04
3.1 CAPÍTULO 1	05
AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS DE PIRACICABA – SP	05
3.2 CAPÍTULO 2	30
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS E A INFLUÊNCIA SOBRE A QUALIDADE DE VIDA	30
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
5. REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO	55
6. ANEXOS	57

1. INTRODUÇÃO

A maior parte dos estudos em saúde bucal com idosos têm focalizado o fato de possuírem alto índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D), apresentando maior número do componente perdido. São portadores de próteses, em grande parte mal-adaptadas, apresentam sérios problemas gengivais e periodontais (Pereira et al., 1996; SB Brasil, 2003; Saintrain et al., 2005). Este fato pode estar relacionado à falta de políticas direcionadas ao idoso e que realmente apontem suas prioridades e necessidades, sobretudo num visível envelhecimento mundial, com mudanças demográficas pelas quais passa o Brasil (Carvalho e Garcia, 2003; Rodrigues et al., 2004).

Já há algum tempo, a saúde bucal deixou de ser vista somente pela presença ou ausência de doenças. Vem incorporando a autopercepção que o indivíduo tem de sua saúde bucal, o que ele pensa e como isso pode interferir em sua auto-estima (Rodrigues et al., 2004). Muitos instrumentos qualitativos vem sendo formulados, com o objetivo de complementar indicadores clínicos, afim de auxiliar na compreensão dos resultados obtidos, tanto no plano individual quanto coletivamente, para que essas informações venham resultar em programas, políticas, planos de tratamento efetivos (Silva, 1999).

O termo Qualidade de vida vem se tornando comum, já há algumas décadas e, em geral, envolve condições que podem interferir na vida do ser humano, em seus sentimentos, comportamentos e não apenas à sua condição física de saúde. Está associada à sua adaptação ao meio ambiente e à sociedade. 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 associada à saúde e autopercepção dela, são conceitos que se associam à avaliação pessoal e à capacidade do indivíduo em viver plenamente. A qualidade de vida se constrói a partir do bom relacionamento do indivíduo consigo e com o meio em que vive (Carvalho e Martins, 1988).

Quanto mais a população envelhece, maior o sentido de qualidade de vida, maior à busca em se proporcionar saúde, em promover bem estar físico, psíquico, social e melhor auto conceito (Werner, 1998).

Bem como, saúde e qualidade de vida são conceitos abstratos e complexos, saúde bucal também é um termo subjetivo e por vezes difícil de se compreender. Conceitos, em geral, variam com o contexto em que se inserem, seja ele social, político ou cultural. Saúde bucal não envolve apenas a cavidade bucal, mas o indivíduo como um todo (Locker, 1997).

Quando associadas autopercepção e qualidade de vida em saúde bucal, salienta-se a subjetividade e relatividade do conceito de saúde, e o quanto o meio social em que o indivíduo vive e suas experiências anteriores interferem nesse conceito. Essa autopercepção se firma, normalmente, em informações e conhecimentos que podem sofrer influência de experiências, normas sociais e culturais (Portillo e Paes, 2000).

A partir da década de 90, a qualidade de vida em saúde bucal tomou ênfase no sentido de propiciar bem-estar biopsicossocial. Instrumentos de avaliação que abordam o tema, vem sendo formulados e utilizados, adaptando-se às mais diversas realidades, com o intuito de associar saúde bucal e qualidade de vida. São instrumentos uni ou multidimensionais, conforme sua aplicabilidade (uma ou mais variáveis abordadas). Os mais comumente utilizados são os multidimensionais, pois em geral, avaliam populações adultas, idosos, e envolvem domínios como dor, alimentação, crenças, estado psicológico do indivíduo. O objetivo desses instrumentos é avaliar os efeitos das condições clínicas bucais sobre a capacidade funcional, aspectos sociais, emocionais e psicológicos do indivíduo (Chianca et al., 1999).

Associar envelhecimento à qualidade de vida, saúde geral, saúde bucal são desafios a serem alcançados no século 21 (Hebling, 2003). 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).

Muito utilizado, o GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index) é um dos instrumentos de autopercepção de saúde bucal geriátrico mais utilizado mundialmente. Associa-se intimamente à qualidade de vida do paciente, cujos resultados, podem refletir o impacto das condições clínicas bucais do paciente e seu bem estar (Kressin, 2001).

O meio em que vive, a forma como age e pensa, podem influenciar, sobretudo no idoso, seus conhecimentos a respeito de sua própria saúde. É importantíssimo 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). Idosos, em geral, procuram ajuda profissional, sobretudo no que se refere à sua saúde bucal, apenas quando percebem necessidades. No entanto, dispõem-se a seguir um tratamento, daí a importância da autopercepção sobre suas condições de saúde bucal (Kiyak, 1993).

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, 2002; Nitschke, 2004).

Estudos ainda devem ser realizados sobre a percepção do idoso a respeito de sua saúde bucal e programas desenvolvidos, adequados às reais necessidades do idoso, mais especificamente no Brasil, onde serviços odontológicos para idosos ainda são bastante restritos e as necessidades múltiplas (Silva e Castellanos, 2001).

2. PROPOSIÇÃO

O presente estudo foi realizado em formato alternativo conforme deliberação da Comissão Central de Pós-Graduação (CCPG) da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP nº 001/98 e foi composto por 2 capítulos, cujos objetivos foram:

CAPÍTULO 1: Autopercepção de saúde bucal em idosos não institucionalizados de Piracicaba – Brasil.

“Self-perception of oral health in non-institutionalized elderly of Piracicaba city - Brazil.”

Objetivo: Verificar a associação entre autopercepção de saúde bucal e variáveis sociodemográficas, clínicas e subjetivas, avaliando quais podem influenciar a autopercepção de saúde bucal em idosos.

CAPÍTULO 2: Características Epidemiológicas de idosos não-institucionalizados e a influência sobre a qualidade de vida.

“Epidemiological characteristics of non-institutionalized elderly and quality of life in this population.”

Objetivo: O objetivo deste estudo foi analisar se há associação entre qualidade de vida em saúde e características epidemiológicas bucais e sociodemográficas de idosos não-institucionalizados, verificando se essas características podem influenciar a qualidade de vida desses idosos.

3.1 Capítulo 1:

Self-perception of oral health in non-institutionalized elderly of Piracicaba city - Brazil

Cláudia E. C. Esmeriz¹, Marcelo C. Meneghim², Antonio C. Pereira², Gláucia M. B. Ambrosano².

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.

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

ABSTRACT

Objectives: Associate the self-perception of oral health with sociodemographic, clinical, quality of life and geriatric depression, evaluating what influence in the self-perception of the elderly.

Background: The current demographic transition and poor oral health of the elderly deserves particular attention, especially the impact of oral health about the quality of life.

Methods: In this cross sectional study, was evaluated 371 elderly, adscript to Health Family Units, in Piracicaba city, Brazil, with 60 years or more. Clinically, were used the indexes DMFT, CPI and Use/Need of Prosthesis (WHO/99), and evaluated by means of instruments to self-perceived oral health (Gohai), Quality of Life (SF-36) and geriatric depression (Geriatric Depression Scale). The statistical analysis was by means Kruskal-Wallis, Chi-Square and Fisher's exact ($\alpha=0.05$).

Results: The mean age was of 67.35 (2.83), with a mean DMF-T of 28.48 (4.81), and an positive Gohai (>30). Most were female (63.34%), between 60-70 years (72.24%), married (60.38%), with just the elementary school (75.5%). Around 80% used some removable prosthetic. The results were associated with characteristics of self-rated health and were significant two domains of quality of life. Over 20% of the sample had traits of depression, and, associated with the Gohai, these results were statistically significant ($p<0.05$).

Conclusion: The sample showed significant results, for to schooling, associated to self-perception oral health. In relation to quality of life, the domains, physical and emotional aspects, showed results that may interfere on the self-perception of oral health, suggesting greater attention to the instruments assessing the elderly and their oral health.

Keywords: oral health, self-perception, elderly, quality of life

Introduction

The elderly population is increasing worldwide especially since the 1950s, when the percentage went up from 7.9% to 14.3% in developed countries in 2000. Developing countries go through the same process and the increase was from 3.9% in 1950 to 5.1% in 2000^{1,2}. It is estimated that by 2050 there will be 2 billion elderly people and they will represent 80% of the elderly dwelling in developed countries³.

Projections estimate that Brazil will contribute to 1/6 of the world's elderly population aged 60 years old or over by 2025, totaling 15% of the Brazilian population. The old age might be attributed to changes in the population life, better qualities of life, household income increase, improvement in education and health^{2,4}.

Brazil has presented features of the elderly growing population which is similar to developing countries. They are approximately 14.5 billion elderly, equivalent to 9% of the population¹.

As time goes by, the elderly are attacked by chronic diseases, cancer, heart problems, metabolic dysfunctions besides problems associated with oral health that directly or indirectly are harmful to general health. Bad oral conditions make difficult the process of eating and nutrition. The person's diet becomes more viscous and rich, full of carbohydrates and the hygiene is less efficient because of loss of motion coordination and neurological diseases. The risk of oral problems increases such as tooth loss, psychosocial damages, resulting in less quality of life. The use of medicines becomes common (about 75% of the elderly aged 60 years old or over use at least one medicine) and it can compromise oral health even more³.

The clinical conditions of the Brazilian elderly are precarious. The CPO-D average is very high (about 28), mainly in the components that are lost,

considering that the majority of the population reaches the age of 60 years old with a few remaining teeth⁵. However most of the elderly face their oral health condition as regular or good, revealing contentment and contradicting clinical objective data^{5,6,7}.

This contradiction is not exclusively from Brazil. The elderly usually consider their oral condition good even with CPO-D and great number of lost components^{6,7}. The explanation for such attitude is that the elderly associate bad oral condition to pain, gum problems or oral symptomatic⁸.

The environment, attitudes and thoughts may influence them on self-rated regarding to their health. The fact of comprehending social, economic and cultural factors current in their everyday life may address the real needs of the elderly and the educative, preventive and healing programs really effective⁹. The elderly seek professional help and is willing to go through a treatment. However they have to understand their needs and the importance of them regarding their oral health above all¹⁰.

An odontological treatment, the use of prosthesis, can besides give them back their oral health, self-esteem, better self-image, psychic and physical well-being and better quality of life^{11,12}. Psychological, social, economic and personality factors strongly associated with the elderly quality of life and can explain in part differences in oral health perception in individuals with the same clinical conditions. Other variables must be analyzed to explain such fact and another important thing are the tools that measure the quality of life index used and interpreted adequately¹³.

Researches have been done from these tools acting as clinical evaluations, having as a goal the multi-professional access to oral health and not only to dentist-surgeon⁵. Even though the self-evaluation of the patient differs from professional evaluation it is possible to identify groups or subgroups in determined populations with specific needs¹⁴.

Some of these tools associate themselves with discrimination of such disease or population. Other tools more specific associate quality of life to self-perception in oral health (GOHAI¹⁵- Geriatric Oral Health Assessment Index; OHIP-49¹⁶- Oral Health Impact Profile), in order to describe the population's oral health or detect alterations in oral health¹⁷.

GOHAI¹⁵ is one of the oral health self-perception tools for the elderly more used worldwide. Its association to quality of life, its results indicates the impact of clinical oral conditions and well-being¹⁸. There is importance and lack of studies that evaluate the perception of the elderly regarding their oral health and development of adequate programs to real elderly needs, more specifically in Brazil where elderly odontological services are still very restricted and there are much needs⁵.

Through these pieces of information the current study aimed to evaluate if there is similarity between the oral health self-perception to other variables in sequence: clinical oral health and bio-psychosocial analyzing if and which of them could influence the oral health self-perception of the elderly that use health services in Family and Health Units with oral health team.

Methods

The current study was realized according to the approval of Ethic Committee in Research in Human Beings from Piracicaba Dental School/UNICAMP under process number 126/2008. This is a cross-sectional, observational, randomized, realized with the elderly users of Health family Units of Piracicaba city/SP (Brazil): (approximate population of 369 thousand inhabitants (IBGE - 2009) and Gross Domestic Product (GDP) - IBGE: U.S. \$ 7,794,667,000 (2007) Human Development Index (HDI): 0.836 (UNDP - United Nations Development - 2000)¹.

During the study there were 29 Units of Family Health located in the municipality, (giving coverage to 45% of the population) of which were selected, randomly, and evaluated, users of 8 Units of Family Health (UFH) of the municipality, with team of oral health. The sample size was established by means of probability sampling, estimated at 360 users, using as criterion, the DMFT for this age group and Standard Deviation (DMFT of Piracicaba city). It was also used as a criterion for calculating, to probability around 50% of the same answer to any of the questionnaires, probable error considering sampling, establishing $p < 0.05$ (significance level).

The participants were 371 people. Excluded 34, because they are not in accordance with the criteria for inclusion in the sample, totaling 371 elderly participants in this study. The inclusion criteria of the volunteer in the sample were:

- 1) Being user of the Health family Unit, duly adscript to it and be in the drive to do some health treatment;
- 2) have 60 years or more
- 3) Being functionally independent or partially dependent without remarkable cognitive alteration, to respond with relative ease and without obstruction evaluative instruments.

The survey was conducted by a single examiner, who went through a process of training and calibration (WHO, 1999)¹⁹, in a total of sixteen hours. The examiner was considered calibrated, after no agreement of data from the examiner, of over 95% in all examinations.

Volunteers were classified according to socio-demographic characteristics: genders male and female; marital status: married, (legally married, living together) and unmarried (single, widowed, divorced or separated); age groups of 60 to 70 years and 71 years or more; educational level: illiterate and literate. To clinical features, were evaluated the indexes: DMFT, CPI, Use/Need for

prosthesis (WHO, 1999)¹⁹. Non-clinical data were evaluated according to quality of life, by SF-36²⁰ - Medical Outcomes Study 36 - item short-form health survey; the self-perceived oral health by GOHAI^{15,21} and level of geriatric depression of the interviewed, by means of the Geriatric Depression Scale, proposed by Yesavage²².

Clinical assessments were performed according to WHO¹⁹ criteria for clinical examination and, together, the application of the instruments. The evaluations were realized individually, in an inner reserved area of the health family unit, order to facilitate dialogue, without inhibition, restraint or interference in the answers provided. The examinations were performed by a single examiner, previously calibrated, with the patient sitting in the chair, under natural light or in the odontological office. For each exam, were used periodontal probe CPI and mirror clinical plan nº. 5, following the criteria of adequate asepsis, protection and biosafety standards. The indexes used for the tests were DMFT, for decayed, missing and filled, CPI (Community Periodontal Index) and Use/Need for prosthesis.

For evaluation quality of life of the interviewee's, it was used the SF-36²³ tool, formulated by Garrat et al²³ and validated by Ciconelli et al²⁰ in Brazil. The tool is composed of 36 questions of multiple choice.

The self-assessment of oral health status was held by the instrument GOHAI¹⁵ proposed by Atchison and Dolan²¹. This instrument consists of 12 closed questions. The Index Gohai was considered the dependent variable of the study and the other variables, independent.

The assessment of the psychological state of geriatric depression was analyzed by the instrument of the Geriatric Depression Scale, abbreviated version²² of the original (proposal and validated by Yesavage and Sheik)²⁴, tool composed of 15 questions, whose answers can be "yes" or "no", representing the dichotomous instrument, already cited.

All instruments were also implemented by a single examiner, who noted the responses of all examined individually, since the examined had difficulties in completing them by themselves

Form of Analyses of the Results:

The results presented in this study correspond to the analyzed group, the elderly aged 60 years or over, tied to the Health Units Family Piracicaba / SP, with access to dental services.

To characterize the sample, we used measures of frequency and other measures of descriptive statistics (mean, standard deviation, median and maximum and minimum values) represented by tables and figures in order to better view the results.

The Kruskal-Wallis test was used for DMFT and sociodemographics characteristics.

The sample was dichotomized by the GOHAI median (≤ 30 and > 30) and the DMFT median (< 32 and $= 32$). The results were evaluated by Kruskal-Wallis test. For the analysis of Variance was used test χ^2 (chi-square), and in cases with a frequency of less than 5 responses, was used the Fisher Exact ($\alpha=0.05$).

All statistical tests were performed by the BioStat 5.0²⁵.

Results

The average age of users been 67.35 years (2.83), with a minimum age of 60 years and an age maximum found of 87 years and female gender predominance (63.3%). The group aged 60-70 years represented the majority of the volunteers (72.2%). The marital status of most elderly, been of married (60.4%), to which were included those who live together. Regarding education,

more than 75% attended only the first degree (Table 1), and of these, 82.5% attended only primary school.

The results for clinical variables showed a mean (standard deviation) of DMFT 28.48 (4.81), lower DMFT index of 4 and maximum of 32, where were observed results of the components in DMFT showing the poor conditions of the oral health of the elderly population (Table 2). All socio-demographic characteristics (gender ($p=0.0004$), aged ($p<0.0001$), marital status ($p=0.0008$) and education ($p<0.0001$)), showed statistically significant results in association with DMFT index (Figure 2). Wore prosthesis, 80.6% of the individuals (full or partial removable), 80.6% of the individuals. Of those examined, the male gender was the one which showed the more need for prosthesis in one or more arcs, with a statistically significant result ($p=0.023$). (Table 3). Table 4 shows, among other features, the use and need of prostheses according to the Gohai and the Figure 3 shows the same characteristics in percentages.

Considered moderate to good, their oral health status, 59.3% of the volunteers. The table 4 shows than, sociodemographic variables, associated with the Gohai, the schooling was the variable that showed statistically significant ($p=0.004$).

The results of GOHAI associated with domains of Quality of Life and Geriatric Depression Scale are also presented in Table 4. Showed the Results statistically significant ($p<0.05$), associated with Gohai, two of the eight domains by the instrument of quality of life.

For the level of Geriatric Depression, 20.2% of users showed degrees mild or severe, and of these, 48% considered good, their oral health. Those assessed without signs of depression (37.8%), had a Gohai less than or equal to 30.

Discussion

The results shown, correspond to the group analyzed, elderly aged 60 years or more, adscript to the Health Units Family Piracicaba / SP, with access to dental services. The sample was composed of a population with limited financial resources (high index of social exclusion - IPPLAP - Research and Planning Institute of Piracicaba, 2003 – Figure 3)²⁶, poor schooling (most with incomplete primary school). This study was characterized by the predominance of females, similar to other authors who have demonstrated a greater number of the female gender^{5,17,27,28}.

The average age among the elderly users of the Health Units Family was 67.35 years, result similar to other studies^{5,29,30}. The highest percentage of the individuals (72.2%) remained in the age group 60-70 years, with only the first degree (75.5%) of schooling, having been very few who studied in the second and third degrees, similar also in other studies, where the majority studied just the first degree^{5,31}. The marital status presented of most elderly married, unlike other studies where the majority were single^{17,32}.

The results of high DMFT of the sample, presented the situation severity, agreeing with other studies^{5,7,27,33}, and, contrasting to the average found in the index Gohai, which in this study was close to 31^{5,6,7,27,34}. This positive perception of the elderly, observed in this study, confirms what was found by Jokovic & Locker⁸ and can be explained by the fact that negative oral health is associated to oral signs and symptoms (pain, bleeding, mobility) by the elderly, and can be explained by the fact that negative oral health is associated to oral signs and symptoms (pain, bleeding, mobility) by the elderly, probably because the elderly needs something objective and visible, associating the oral health with the general health.

The general health of the elderly was considered good or excellent by 65.5% of the individuals. In a study in Canada, for Locker¹⁷, 50% of the elderly

considered their health bad or average, even with better health conditions, medical treatment and services when compared to Brazil. It is likely that this difference is been associated to the User Satisfaction in a full coverage for medical and dental care, including the possible cultural differences that may influence or interfere in the health-disease and the varying degrees of satisfaction of different community.

Social class and income were not evaluated in this study, since the sample shows homogeneous characteristics of the location of the selected units with the same social and economic aspects (housing, financial situation, family, predominantly young) and income distribution similar (map exclusion of Piracicaba city – Figure 3)²⁶.

Through the clinical variables, there was contradiction between the actual oral health status of the elderly and their self-perception of oral health. Approximately 60% of the surveyed considered their oral health moderate or good, with about 31 points in the index Gohai. This contradiction shows the difficulty that the elderly have, to perceive their real clinical conditions^{6,7,27,29,36}.

Of the volunteers who showed periodontal problems, and evaluated their oral health status negatively, 81% had indexes (CPI) 2 and 3. However, 77.5% of those who rated a Gohai positive (>30), also showed the same rates, revealing that other studies^{5,7,35} have reported, that, even with the presence of periodontal pockets, there are difficulties in realizing the periodontal problems.

In the association between self-perception and use or need for prostheses, there was no statistically significant difference, as other studies also report^{27,37}. To Trulsson et al¹¹, the placement of a prosthesis returns to the elderly the desire to restore their oral health, recovering his self-image and self-esteem. According Pinzón-Pulido et al³⁸, there is a high relationship between the Gohai positive and not use prostheses. For many patients, the conditions are bad, just when exist symptoms, use of prosthesis for loss of teeth or a change aesthetic. To

Kiyak¹⁰, people over 75 years, have adapted and accepted the denture as a lifestyle choice, however, elderly more younger, look at the denture as a last resort.

Jones³⁹ reports that individuals with more remaining teeth have a better perception of oral health. Bagewitz⁴⁰ concludes, in his work, that the number of remaining teeth is more important than the type of implant that uses the elderly, and the preservation of the dental element is very important to the self-esteem. This was repeated in the present study, since elderly who have lost up to 20 teeth, presented a positive Gohai, greater than 31. However, elderly who lost 21 or more teeth, presented a Gohai ≤ 30 .

For associations in this study, three instruments were used, appropriately validated, with contents formulated to examine: Quality of life in health (SF-36)²⁰, self-perception of oral health in the elderly (Gohai)¹⁵ and level of geriatric depression (Yesavage)²². The self-perceived oral health was associated with the 8 domains of quality of life and to Geriatric Depression Scale.

Results were statistically significant ($p < 0.05$), to the domains: physical aspects ($p = 0.01$) and emotional aspects ($p = 0.0002$). Other studies have reported the influence of emotional state on the oral health status^{12,18}. The geriatric depression scale, also showed statistically significant results, associated with the self-perception of oral health, however, the domains "emotional" and "mental health" are similar to the questions in this scale, applied differently, with answers different presented, which leads questions such as: these instruments are actually constructed to assess the perception that the elderly make their own health, both in general aspects, oral and psychological health of different groups of people?⁴²

From these data, we can draw a comparison to other studies that have reported the influence of emotional state on the oral health status. To Kressin¹⁸, psychological factors and personality can interfere on the incidence, on the progression of the disease, results of treatment, improved behavior regarding the

care himself, among other factors. Elderly with high negative affectivity reported worst self-rated health and complaints.

For Locker et al¹⁷, classify oral health as fair or poor, expressed dissatisfaction with oral health status, characteristics of discouragement, stress and more dissatisfaction with life. The presence of the remaining elements, use of prosthesis, oral health care, can increase self-esteem of the elderly and improving your appearance, contributing to better self-assessment of their oral conditions^{11,38,39,40}.

The low self-perceived oral health and low quality of life co-exist in the same subgroup of elderly, according Locker⁴¹. A dental treatment can provide improvement in physical appearance and bucal in the elderly, increasing their self-esteem and psicologic well-being¹². Even social aspects as social interaction, communication, can be positively influenced by dental care. Thus, the oral health and teeth have a significant impact on quality of life of elderly.

The Self-perceived oral health, in this sample of elderly non-institutionalized, showed positive features, although the clinical conditions presented themselves contrary to this perception. This shows a difference of perception that the elderly have their own oral health, and clinical conditions that really presents, with different concepts and care between patients and professionals.

Associate with quality of life, self-perceived oral health also remained positive, and presented statistically significant results in the fields emotional and physical aspects, referring to the fact that you feel good, physically, emotionally, psychologically can positively affect the oral health the elderly. Associated with geriatric depression scale, there was a result statistically significant ($p < 0.05$), and although approximately 80% of users did not presented depressive characteristics, it is important to remember that 20% was classified in one of the levels of depression.

Conclusion

The conclusion is that, there are features that can interfere in some way in the self-perception of oral health in the elderly, however, are still needed other means to provide conditions of real self-knowledge and self-assessment by the elderly, for that professionals in health, specific policies, to better understand this portion of the population and provide them better care and treatment of their oral health.

REFERENCES

1. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Características gerais da população. 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10/10/2009.
2. World Health Organization (WHO). Men ageing and health. Genebra, Suíça: WHO, 2001. 63p.
3. World Health Organization (WHO). Health Topics. Ageing. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/topics/ageing/en/>. Acesso em: 14/10/2009.
4. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial; um desafio novo. *Rev Saúde Públ* 1987; 21(3):200-10.
5. Silva SRC, Castellanos RAF. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Públ* 2001; 35(4):349-55.
6. Leão A, Sheiham A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. *J Dent Res* 1995;74:1408-13.
7. Gilbert GH, Heft MW, Duncan RP, Ringelberg ML. Perceived need for dental care in dentate older adults. *Int Dent J* 1994;44:145-52.
8. Jokovic A, Locker D. Dissatisfaction with oral health status in an older adult population. *J Public Health Dent* 1997;57:40-7.
9. Selikowitz HS. Acknowledging cultural differences in the care of refugees and immigrants. *Int Dental J* 1994;44:59-61.
10. Kiyak HA. Age and culture: influences on oral health behavior. *Int Dent J* 1993;43:9-16.

11. Trulsson U, Engstrand P, Berggren U, Nnnmark U, Brånemark PI. Edentulousness and oral rehabilitation: experiences from the patients' perspective. *Eur J Oral Sci* 2002;110(06):417-24.
12. Nitschke I, Müller F. The impact of oral health on the quality of life in elderly. *Oral Health Prev Dent* 2004;2 Suppl 1:271-5.
13. Locker D. Self-esteem and socioeconomic disparities in self-perceived oral health. *J Public Health Dent* 2009 Winter;69(1):1-8.
14. Locker D, Jokovic A. Using subjective oral healgth status indicators to screen for dental care needs in older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996;24:398-402.
15. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dental Educ* 1990;54:680-7.
16. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health*. 1994;11(1):3-11.
17. 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.
18. Kressin NR, Reisine S, Spiro A 3rd, Jones JA. Is negative affectivity associated with oral quality of life? *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29(6):412-23.
19. World Health Organization (WHO). Organização Mundial de Saúde (OMS). Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal: Manual de Instruções. 4^a Ed. São Paulo: Ed. Santos, 1999, 66 p.

20. 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.
21. Dolan TA. The sensibility of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ* 1997;61(1):36-46.
22. Yesavage JA. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982; 17:37-49.
23. 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.
24. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986;5:165-73.
25. Ayres M, Ayres JrM, Santos AS. BioEstat 3.0: Aplicações nas áreas das ciências biológicas e médicas. Belém: Sociedade Civil Mamirauá; 2003. 290p.
26. IPPLAP - Índice de Exclusão Social: Características da População. 2003. Disponível em: <http://www.piracicaba.sp.gov.br/autarquias>. Acesso em 10/10/2009.
27. Silva DD, Sousa MLR, Wada, RS. Self-perception and oral health conditions in an elderly population. *Cad de Saúde Pública* 2005; 21(4):1251-1259.

28. Rosa AGF, Castellanos RA, Pinto VG, Ramos LR. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). *Rev de Saúde Públ* 1992; 26:155-60.
29. Colussi CF, Freitas SFT. Edentulouness and associated risk factors in a south Brazilian elderly population *Gerodontology* 2007;24:93-97.
30. Mariño R, Schofield M, Wright C, Calache H, Minichiello V. Self-reported and clinically determined oral health status predictors for quality of life in dentate older migrant adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008;36(1):85-94.
31. Wong CMM, Liu JKS, Lo ECM. Translation and Validation of the Chinese Version of Gohai. *J Public Health Dent* 2002;62(2):78-83.
32. 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.
33. Colussi CFC, Freitas SFT, Calvo MCM. Epidemiological profile of caries and the use and need of prostheses in the elderly population of Biguaçu, Santa Catarina, Brazil. *Rev Bras de Epidemiol* 2004;7(1):88-97.
34. Mathias RE, Atchison KA, Lubben JE, De Jong F, Scheweitzer SO. Factors affecting self-ratings of oral health. *J Public Health Dent* 1995;19:248-53.
35. Locker D, Jokovic A. Three-year changes in self-perceived oral health status in na older canadian population. *J Dent Res* 1997;76:1292-7.

36. Martins AM, Barreto SM, Pordeus IA. Objective and subjective factors related to self-rated oral health among the elderly. *Cad de Saúde Públ* 2009;25(2):421-35.
37. Meneghim MC, Saliba NA. Condições de saúde bucal da população idosa de Piracicaba-SP: 1998. *Rev de Pos-Grad* 2000;7:7-13
38. Pinzón-Pullido SA, Gil-Montoya JA. Validación Del Índice de Valoración de Salud Oral em Geriatria em uma pobre población geriátrica institucionalizada de Granada. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;4(5):273-282.
39. Jones JA, Orner MB, Spiro A 3rd, Kressin NR. Tooth loss and dentures: patients' perspectives. *Int Dent J* 2003;53(5Suppl):327-34.
40. Bagewitz IC, Söderfeldt B, Palmqvist S, Nilner K. Oral prostheses and oral health-related quality of life: survey study of an adult Swedish population. *Int J Prosthodont* 2007;20(2):132-42.
41. Locker D, Clarke M, Payne B. Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in na older adult population. *J Dent Res* 2000;79(4):970-5.
42. Castro RAL, Portela MC, Leão AT. Adaptação transcultural de índices de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. *Cad de Saúde Públ* 2007;23(10):2275-2284.

Figures and Tables:

Table 1: Sociodemographics characteristics (results and percentages). Piracicaba, Brazil, 2009.

Results	Gender		Aged		Marital Status		Schooling			
	Male	Female	60-70 years	71 years or more	married	unmarried (singles, widowers, divorced)	Illiterate	1st degree	2nd degree	3rd degree
N	136	235	268	103	224	147	80	280	9	2
%	36.7%	63.3%	72.2%	27.8%	60.4%	39.6%	21.6%	75.5%	2.4%	0.5%

Table 2: Mean, Median and Standard-deviation of the DMFT and components Decayed, Missing and Filled Teeth. Piracicaba, Brazil, 2009.

Index/Component	Mean	Median	Standard-deviation
DMFT	28.48	32	4.81
Decayed	0.72	0	1.61
Missing	26.08	32	8
Filled	1.82	0	3.91

Table 3: Univariate Analysis between use/need of prosthesis and sociodemographics characteristics. Piracicaba, Brazil, 2009

Characteristics	Use of prosthesis (%)	Not use of prosthesis (%)	p (χ^2)	Need of prosthesis (%)	Not need of prosthesis (%)	p (χ^2)
Gender						
Female	201 (85.5%)	34 (14.5%)	0.0025	110 (46.8%)	125 (53.2%)	0.023
Male	98 (72.0%)	38 (28.0%)		81 (59.5%)	55 (40.5%)	
Aged						
60 - 70 years	209 (78.0%)	59 (22.0%)	0.0571	140 (52.2%)	128 (47.8%)	0.72
71 years or more	90 (87.4%)	13 (12.6%)		51 (49.5%)	52 (50.5%)	
Marital status						
Married	173 (77.2%)	51 (22.8%)	0.0592	127 (56.7%)	97 (43.3%)	0.017
Unmarried	126 (85.7%)	21 (14.3%)		64 (43.5%)	83 (56.5%)	
Schooling						
Illiterate	65 (81.3%)	15 (18.7%)	0.99	35 (43.7%)	45 (56.3%)	0.15
Literate	234 (80.4%)	57 (19.6%)		156 (53.6%)	135 (46.4%)	

Table 4: Univariate analysis of the association between Gohai and variables of the sample. Piracicaba, Brazil, 2009.

Characteristic	n	%	Gohai Index				P(x ²)
			≤30	%	> 30	%	
Aged							
60 - 70	268	72.2%	111	41.4%	157	58.6%	0.74
71 or more	103	27.8%	40	38.8%	63	61.2%	
Gender							
Male	136	36.6%	55	40.4%	81	59.6%	0.97
Female	235	63.4%	96		139		
Marital Status							
Married	224	60.4%	96	40.9%	128	59.1%	0.35
Unmarried	147	39.6%	55	37.4%	92	62.6%	
Schooling							
illiterate	80	21.6%	21	26.3%	59	73.7%	0.004
literate	291	78.4%	130	44.7%	161	55.3%	
Use of prosthesis							
Upper/Lower	124	41.5%	50	40.3%	74	59.7%	0.73
Both archs	175	58.5%	66	44.7%	109	55.3%	
Need of prosthesis							
Upper/Lower	129	67.5%	52	40.3%	77	59.7%	0.37
Both archs	62	32.5%	30	48.4%	32	51.6%	
Functional capacity							
Poor	30	8.1%	12	40.0%	18	60.0%	0.91
Regular/good	341	91.9%	139	40.8%	202	59.2%	
Physical Aspects							
Poor	42	11.3%	25	62.3%	17	37.7%	0.01
Regular/good	329	88.7%	126	38.3%	203	61.7%	
Pain							
Poor	45	12.1%	20	44.4%	25	55.6%	0.7
Regular/good	326	87.9%	131	40.2%	195	59.8%	
General Health							
Poor	31	8.4%	16	51.6%	15	48.4%	0.27
Regular/good	340	91.6%	135	39.7%	205	60.3%	
Vitality							
Poor	33	8.9%	16	48.5%	17	51.5%	0.44
Regular/good	338	91.1%	135	39.9%	203	60.1%	
Social Aspects							
Poor	26	7.0%	12	46.2%	14	53.8%	0.7
Regular/good	345	93.0%	139	40.3%	206	59.7%	
Emocional							
Poor	37	10.0%	26	70.3%	11	29.7%	0.0002
Regular/good	334	90.0%	125	37.4%	209	62.6%	
Mental Health							
Poor	20	5.4%	12	60.0%	8	40.0%	0.11
Regular/good	351	94.6%	139	39.6%	212	60.4%	
Geriatric Depression							
Mild or severe	75	20.2%	39	52.0%	36	48.0%	0.03
Absent	296	79.8%	112	37.8%	184	62.2%	

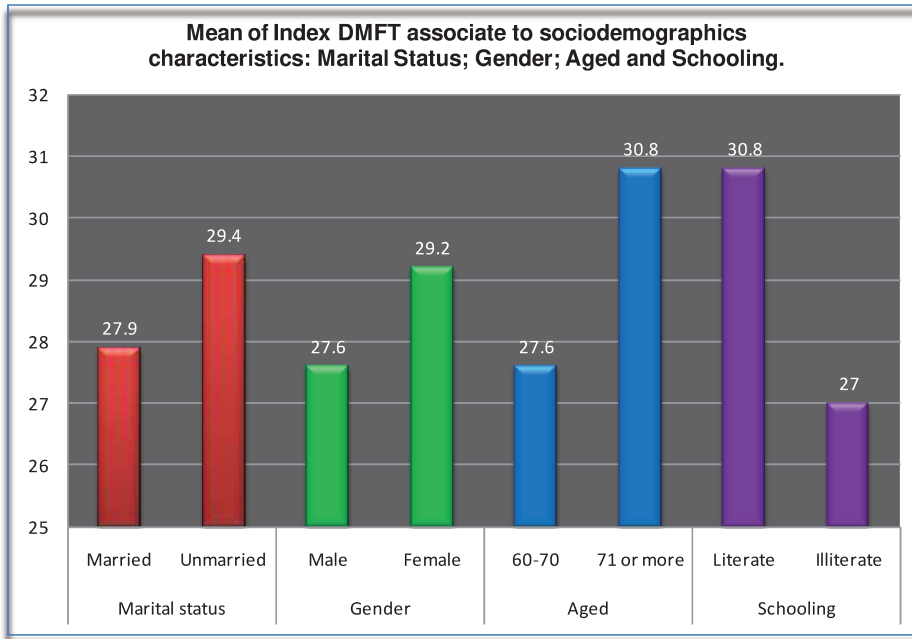


Figure 1 Mean of Index DMFT associate to sociodemographics characteristics

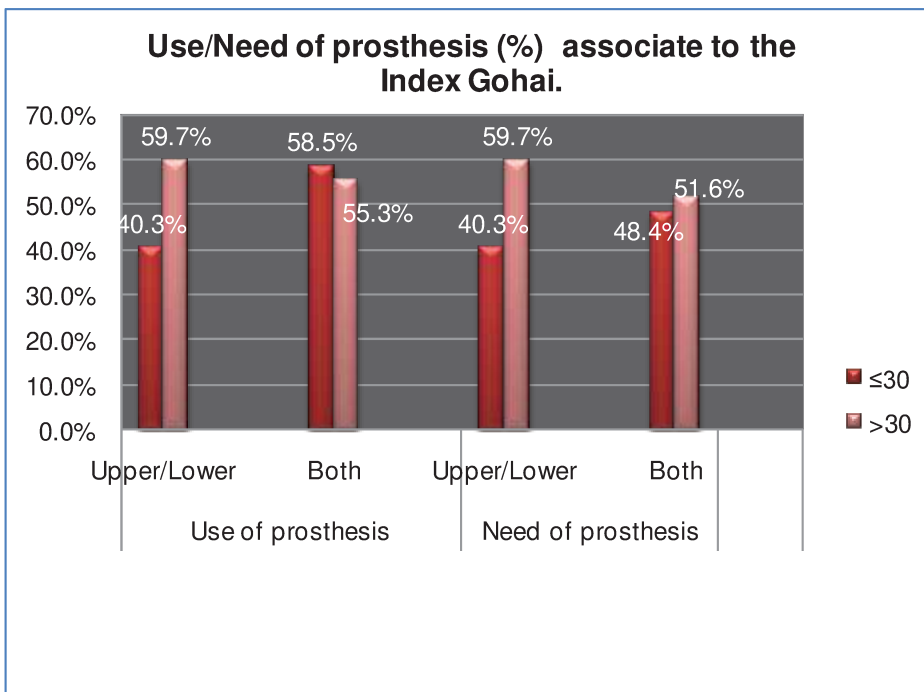


Figure 2 Percentage of use/need of prosthesis associate to the Index Gohai .

Social exclusion - IPPLAP - Research and Planning Institute of Piracicaba

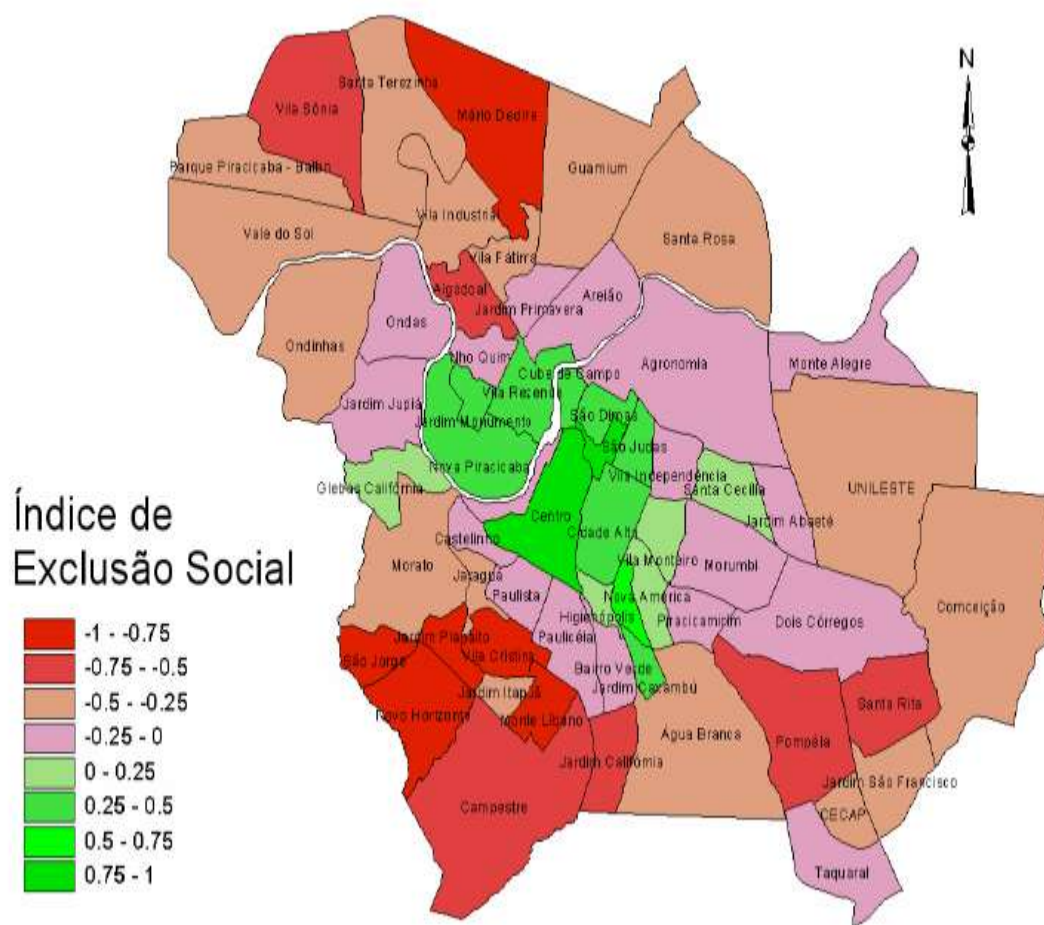


Figure 3: Social exclusion - IPPLAP - Research and Planning Institute of Piracicaba (Map).

3.2 Capítulo 2:

Características Epidemiológicas e sociodemográficas de idosos não-institucionalizados e a influência sobre a qualidade de vida.

“Epidemiological characteristics of non-institutionalized elderly and quality of life in this population.” (Manuscrito traduzido e submetido ao periódico: Journal of Applied Oral Science).

Cláudia E. C. ESMERIZ¹, Marcelo C. MENEZES².

1 – MSc - Posgraduate student, Department of Community Dentistry, Piracicaba Dental School, University of Campinas – UNICAMP. 2 – DDs, MSc, PhD, Department of Community Dentistry, Piracicaba Dental School, Piracicaba, SP, Brazil.

Corresponding address: Cláudia Elisa C. Esmeriz. – Av. Limeira, 901 Caixa Postal 52 - Piracicaba-SP. CEP 13414-903. Tel.: +55 19 2106-5209 - Fax.: +55 19 3421-0144. E-mail: claudiaesmeriz@fop.unicamp.br

ABSTRACT

Objectives: The objective of this study was to analyze the association between quality of life in health and epidemiological characteristics and socio-demographics of elderly non-institutionalized, order to evaluating if these characteristics may interfere with or influence the quality of life of the elderly.

Material and Methods: Methods: In This cross sectional study, observational, randomized, was evaluated 371 elderly, adscript to Health Family Units, with team of oral health, in the Piracicaba city, Brasil, with 60 years or more, functionally independent or partially dependent. Clinically, were assessed, using the indexes DMFT, IPC and Use / Need for Prosthesis (WHO/99). The same users were also evaluated by means of instruments to Quality of Life in health (SF-36) and Level of geriatric depression (Geriatric Depression Scale). The statistical analysis was by means of the tests Kruskal-Wallis, Chi-square and Fisher's exact ($\alpha=0.05$).

Results: Epidemiological data were similar to other studies, with DMFT of about 28.5 (4.81), mostly represented in females gender, prostheses, especially in the superior arc and a mean age of 67.5 (2.83) years. When domains of quality of life were associated to clinical characteristics DMFT and use / need for prostheses there were statistically significant results ($p < 0.05$), but when they were associated, with sociodemographic variables, the pain domain, showed a result statistically significant to the gender female ($p < 0.05$).

Conclusions: The small number of studies that involve quality of life in health and oral health, do not permit a proper comparison between general health and oral health or a better analysis. However, some clinical characteristics and sociodemographics were statistically significant, which may interfere in the oral health. It is important to verify through other studies, how these instruments are really suitable for people with very specific characteristics as USFs users and, through them, obtain information needed to associate oral health to general health of the elderly, without treating them separately and unequally.

Key-words: Oral-health; Self-perception; Quality of life; elderly

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida no Brasil e em todo o mundo, tem oferecido um campo amplo de estudos que abordam, com intensa freqüência, a saúde do idoso e sua qualidade de vida^{10,33}. No entanto, esse envelhecimento vem ocorrendo de modos diferentes entre países desenvolvidos e naqueles em franco desenvolvimento, como é a realidade brasileira⁶.

O Brasil vem apresentando essa característica, mais acentuadamente nas últimas cinco décadas. São idosos com menores condições socioeconômicas se comparados aos de países desenvolvidos, e até mesmo com idosos de diferentes regiões do país^{5,6}. As diferenças sociais, culturais, econômicas, existentes no território brasileiro, são cruciais na qualidade de vida que do idoso, que, sem condições adequadas de cuidados e tratamentos, envelhece acompanhado de doenças crônico-degenerativas e menos qualidade de vida³. Esse aspecto traz como conseqüências, além dessas doenças, diminuição dessa qualidade de vida, que em sua grande parte o debilita e o torna dependente em suas funções, gerando, inclusive, maiores custos ao sistema público de saúde^{6,10}.

Todo esse despreparo não se limita a um estado de saúde geral, mas, ainda mais precariamente, estende-se à saúde bucal desse idoso. Sem condições econômicas e de acesso a tratamento, termina por perder 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 senilidade^{5,9,32}.

Associar esses fatores clínicos a outras variáveis, sejam sociodemográficas, ou subjetivas 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. Porém, nem sempre essas associações são levadas em consideração no intuito de direcionar uma melhor educação em saúde e um melhor tratamento de doenças bucais¹⁰.

Os dados resultantes de levantamentos epidemiológicos no Brasil, vem sendo um dos mais precários, se comparados a resultados obtidos em países desenvolvidos. Enquanto estudos⁴⁷, realizados com idosos espanhóis, encontraram um CPO-D pouco maior de 21 e na Austrália, um trabalho realizado por Slade⁴⁵, encontrou um CPO-D pouco maior de 24, no Brasil, estudos^{5,41} vem demonstrando um CPO-D extremamente alto, índices em torno de 28, com aproximadamente 70% de edêntulos.

Doenças de origem bucal 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 sociais^{44,35}. Em geral, o idoso procura um profissional em saúde, sobretudo em saúde bucal, quando verifica em si essa necessidade, e, a partir daí, dispõe-se a tratar-se¹⁶. O contato social, familiar ou não, pode ter ação direta nas atitudes de idosos, sobretudo quanto à sua saúde. Há, portanto, necessidade em se conhecer quais são os fatores que realmente influenciam sua saúde bucal, para, então, tratá-lo de modo mais efetivo²¹.

O estado bucal de saúde pode interferir na vida física e psicológica do idoso. Pode afetar sua autoestima, sua autoimagem, seus contatos sociais, seu bem-estar^{24,37}. Para o idoso, falar, sorrir, o convívio social, a aparência estética são mais importantes até mesmo que a função mastigatória, podendo, por vezes, ser o determinante para si, na necessidade de substituir os elementos dentários perdidos²⁴.

A compreensão das necessidades do idoso vão além de cuidados, do conhecimento de seu dia a dia, das atitudes que o tornem mais saudável. Esse conhecimento em saúde bucal pode ser um modo de permitir que o idoso

envelheça com alegria e disposição. Saber que se vai chegar à velhice, com saúde, disposição, ânimo e força, pode tornar o envelhecer mais atraente e não somente a última fase da vida. Lembrando os acordos resultantes das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, cabe desenvolver habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em ***todas as etapas da vida***, as quais se encontram entre os campos de ação da promoção da saúde⁴.

Desta forma, o presente estudo se propôs a conhecer de modo mais detalhado, os aspectos epidemiológicos do idoso brasileiro e sua associação a características de origens sociodemográficas, e de qualidade de vida que possam influenciar sua saúde bucal, de modo a reconhecer qual(is) dela(s) interferem diretamente na saúde bucal do idoso não institucionalizado de Piracicaba/Brasil.

METODOLOGIA

Para a realização deste estudo, houve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP, sob processo nº 126/2008, de acordo com a Resolução nº. 196, de 10/10/1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, e pelo Código de Ética Profissional Odontológica, segundo a Resolução CFO 42/2003, de 20.05.2003.

Trata-se de estudo transversal, observacional descritivo, randomizado realizado com idosos, usuários de Unidades de Saúde da Família do município de Piracicaba/SP. Das 29 Unidades de Saúde da Família do município durante o estudo (cobertura de 45% da população), foram selecionados usuários dos serviços de saúde das 8 (27,5%) Unidades de Saúde da Família (USFs), com equipe de saúde bucal do município. O tamanho amostral foi estabelecido através de amostragem probabilística, estimado em 360 usuários, utilizando como critério índice de CPO-D para essa faixa etária e Desvio-Padrão (do município de

Piracicaba/SP). Também foi utilizado como critério de cálculo a probabilidade em torno de 50% de mesma resposta a qualquer dos questionários, já considerando um erro amostral, para tanto, estabelecendo $p < 0,05$ (nível de significância).

Participaram da pesquisa 371 idosos. Foram excluídos 34, por não estarem de acordo com os critérios de inclusão da amostra, e 14 (3,8%), recusaram-se a participar.

Os critérios de inclusão do voluntário na amostra foram:

1) Ser usuário da Unidade de Saúde da Família, devidamente adscrito a ela e ir à unidade para realizar algum tratamento de saúde;

2) Ter 60 anos ou mais;

3) Ser funcionalmente independente ou parcialmente dependente, sem alterações cognitivas marcantes, de modo a responder com certa facilidade e sem impedimentos, os instrumentos avaliativos.

A pesquisa foi realizada por um único examinador que passou por um processo de treinamento e calibração (WHO, 1999)⁵¹, num total de dezesseis horas. O examinador foi considerado calibrado, após haver concordância dos dados intra-examinador acima de 95% em todos exames realizados. Os voluntários foram classificados por gênero (masculino e feminino); estado civil casado (legalmente, amasiados) ou não casados (solteiros, viúvos, divorciados); faixa etária (60 - 70; 71 ou mais); grau de escolaridade: sem grau de instrução ou com instrução (devido reduzida amostra com 2º ou 3º graus).

As características clínicas avaliaram: CPO-D (Índice de dentes cariados, perdidos e obturados), Uso/Necessidade de prótese. As características observadas por meio de instrumentos, foram avaliadas segundo a qualidade de vida (SF-36, 1997)⁷ e nível de depressão geriátrica do entrevistado (Escala de Depressão Geriátrica, Yesavage, 1982)⁵².

As avaliações clínicas foram realizadas sob critérios da WHO/1999⁵¹, para exame clínico, juntamente à aplicação dos instrumentos. As avaliações foram realizadas individualmente, em espaço reservado, no interior das Unidades de Saúde que participaram do estudo, de modo a facilitar o diálogo, sem inibição, constrangimento ou interferências nas respostas fornecidas. Os exames foram realizados por um único examinador previamente calibrado, com o idoso sentado na cadeira, sob luz natural, ou no consultório odontológico da unidade. Para cada exame foram utilizadas sonda periodontal IPC e espelho clínico plano nº 5, seguindo os critérios de adequada assepsia e proteção e normas de biossegurança.

Para avaliação da qualidade de vida dos entrevistados foi utilizado o instrumento SF-36 (Medical outcomes study 36 – Item short-form health survey)⁷, formulado por Garrat et al, 1993¹⁵ e validado no Brasil por Ciconelli⁷. O instrumento se compõe de 36 questões fechadas de múltipla escolha, que envolvem 8 domínios de qualidade de vida (AnexoI).

A avaliação do estado psicológico de depressão geriátrica foi analisada através da aplicação do instrumento da Escala de Depressão Geriátrica – versão abreviada⁵² da original³⁹, que se compõe de 15 questões fechadas, cujas respostas podem ser “sim” ou “não”, representando o instrumento dicotômico⁵², reconhecendo o indivíduo num estado ausente de depressão, depressão leve ou depressão severa.

FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

O estudo avaliou idosos com 60 anos ou mais, vinculados às Unidades de Saúde da Família do município de Piracicaba/SP, com acesso a serviços odontológicos.

A amostra foi caracterizada por meio de medidas de frequência e medidas de estatística descritiva (média, desvio-padrão, mediana e valores máximo e mínimo) por meio de tabelas e figuras, afim de visualizar os resultados.

Para a análise dos dados, utilizou-se testes de Kruskal-Wallis (CPO-D) e análise Univariada. Para a Análise Univariada utilizou-se o teste de χ^2 (Qui-quadrado) e Exato de Fischer frequências menores que 5 ($\alpha=0,05$).

Os testes estatísticos foram realizados pelo programa Bioestat 5.0¹.

RESULTADOS

O índice CPO-D por meio do qual avaliou-se condições de cárie, restauração e perda de elementos dentários, apresentou uma média (desvio-padrão) de 28,48 (4,81).

A amostra compôs-se por predomínio do gênero feminino (63,3%), faixa etária entre 60-70 anos em sua maioria (72,2%), com média (desvio-padrão) de 67,35 (2,83) anos de idade, maioria de idosos casados (60,4%), com baixa escolaridade (75% cursaram apenas o primeiro grau), sendo que, destes, 82,5% frequentaram apenas o curso primário.

Sobre a condição protética (Prótese removível parcial ou total, superior, inferior ou ambas) dos voluntários, obteve-se um total de 299 (80,6%) participantes portadores de algum desses tipos de próteses. Essa característica clínica (condição protética), em função de características sociodemográficas pode ser melhor visualizada na Figura 1.

As características sociodemográficas (gênero, faixa etária, estado civil e escolaridade) apresentaram resultados estatisticamente significativos em função do índice CPO-D ($p<0,05$). Através de análise univariada verificaram-se resultados estatisticamente significativos, onde o gênero Masculino apresentou maior

necessidade de próteses ($p<0,05$) e, também, maior necessidade para o estado civil casado ($p<0,05$). O gênero feminino apresentou maior porcentagem no uso de próteses (85,5%), para 72% do gênero masculino que utilizam próteses. Figura 2.

As variáveis clínicas (CPO-D e Uso de Prótese) foram associadas aos domínios de qualidade de vida (cujas características foram as variáveis dependentes do estudo) e depressão geriátrica, representados na Tabela 1, apresentando resultados estatisticamente significativos para uso de prótese nos domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor e aspectos emocionais; e vitalidade para o CPO-D.

Variáveis sociodemográficas foram associadas aos domínios de qualidade de vida em saúde e depressão geriátrica, e também apresentou resultado significativo estatisticamente, para dor na característica gênero. Tabela 2.

A depressão geriátrica também foi associada aos domínios de qualidade de vida, revelando vários resultados significativos estatisticamente para os domínios: Capacidade Funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos emocionais (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Os dados obtidos a partir da pesquisa e acima apresentados, são correspondentes ao grupo avaliado, formado de idosos vinculados e usuários das Unidades de Saúde da Família do município de Piracicaba/SP, com acesso a serviços odontológicos, com 60 anos ou mais, de ambos gêneros. A amostra demonstrou uma composição de uma população com escassos recursos financeiros, baixa escolaridade (1º grau incompleto em sua maioria), predominantemente do gênero feminino (63,34%), como já demonstraram outros autores^{14,26,36,43,44}.

No presente estudo a média de idade encontrada entre os idosos usuários das Unidades de Saúde da Família foi de 67,35 anos, sendo tal resultado semelhante a outros autores^{8,27,42}. A maior parte dos indivíduos examinados (268) distribuem-se na faixa etária entre 60 e 70 anos (72,24%), tendo como escolaridade somente o primeiro grau (75,5%), em sua maioria incompleto, como em outros estudos^{43,44,50}. Houve, também, alto número de idosos casados (60,4%), contrário a outros estudos já realizados, que apresentaram maior número de idosos solteiros ou não casados^{26,30}.

Quanto à classe social e renda, o presente estudo não intencionou avaliá-los, uma vez que a amostra se apresenta com características homogêneas por pertencerem a USF's do município que se localizam em bairros com mesmas características sociais e econômicas (moradia, situação financeira, familiar) e distribuição de renda também similares (conforme se observa no mapa de Inclusão e Exclusão Social do município de Piracicaba IPPLAP, 2003¹⁹).

A média (desvio-padrão) do índice CPO-D resultante da amostra foi 28,48 (4,81), como em outros estudos já realizados^{17,41,44}. As características sociodemográficas (gênero ($p=0,0004$), faixa etária ($p<0,0001$), estado civil ($p=0,0008$) e escolaridade ($p<0,0001$)) apresentaram resultados estatisticamente significativos ($p<0,05$) em função do índice CPO-D. A variação do índice CPO-D entre os diferentes níveis de escolaridade revelaram uma média próxima a 31 para idosos analfabetos, enquanto, idosos que freqüentaram completa ou incompletamente o segundo grau, apresentaram CPO-D médio de 23,44, apesar de amostra reduzida com este grau de escolaridade, corroborando achados em outros estudos anteriores^{43,44}.

Para uso e necessidade de prótese, verificaram-se resultados estatisticamente significativos, também, apresentando o gênero masculino e indivíduos casados maior necessidade de próteses. O estudo apresentou 299 pessoas (80,6%) fazendo uso de algum tipo de prótese removível (total ou

parcial). Outros estudos apresentaram dados semelhantes, onde houve alto índice do uso de próteses^{13,26}.

Para Jones et al²⁰ e Shimazaki et al⁴⁰, esses dados revelam que aproximadamente metade da população idosa dos estudos já perdeu grande parte dos seus dentes. A alta incidência de idosos desdentados total ou parcialmente não é exclusividade brasileira, como relata Marchini²⁸. Mesmo não tendo feito parte do estudo, o tempo de uso e qualidade dos elementos protéticos, 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 estudos^{21,43}.

Quando avaliado o CPO-D em função de Qualidade de vida, apresentou resultado estatisticamente significativo o domínio vitalidade ($p=0.014$). Para Locker²⁵, qualidade de vida e saúde são questões subjetivas, abstratas e, saúde bucal também, termo nem sempre bem definido. Esses são conceitos que variam segundo o 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 vida.

O índice de Depressão Geriátrica apresentado foi classificado como ausente (79,8%) ou com presença de depressão leve ou severa em 75 idosos (20,2%), que, embora não seja um número alarmante, há motivos para voltar à atenção a esses idosos. Apresentaram resultados estatisticamente significativos em função de depressão geriátrica os domínios: capacidade funcional ($p=0.03$), aspectos físicos (0.04), estado geral de saúde ($p=0.0001$), vitalidade ($p=0.002$) e aspectos emocionais ($p=0.03$), podendo-se ressaltar uma associação entre a qualidade de vida e estado depressivo do idoso. Kressin²³ relata que fatores psicológicos, personalidade podem influenciar a incidência e a progressão da doença, 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 vida²⁶. 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 mesmo^{13,23,31,48}.

Poucos estudos tem associado qualidade de vida em saúde e saúde bucal. A maior parte dos estudos utiliza associações clínicas e sociodemográficas à qualidade de vida em saúde bucal, a partir dos instrumentos formulados especificamente^{11,12,22,25,34,46,47,51}.

Para Miotto e Barcelos²⁹, comumente a avaliação epidemiológica bucal utiliza indicadores clínicos normativos a fim de definir fatores de riscos, tratamentos mais eficazes, prognóstico, prevalência, incidência, avaliar políticas de saúde bucal. No entanto, não avaliam o impacto das doenças na qualidade de vida do indivíduo.

Para Guimarães et al¹⁸, quando associada qualidade de vida à saúde bucal, o domínio meio-ambiente (domínio quatro do WHOQOL)⁴⁹ que se refere, inclusive ao item nutrição e alimentação, conclui que a alimentação do idoso, se torna mais deficiente quando há perdas dentárias, não apenas restringindo sua alimentação, mas também, tornando-o descontente com seu aspecto, atuando como fator negativo em suas atividades sociais e, até mesmo, isolando-o do convívio social.

No entanto, pouquíssimos estudos dispõem de uma associação entre a qualidade de vida em saúde e condições clínicas e epidemiológicas de saúde bucal em idosos, resultando em poucas referências e maior necessidade de estudos que procurem uma correlação entre essas características na busca por melhores condições e qualidade de vida para essa faixa etária da população.

CONCLUSÃO

O estudo apresentou homogeneidade no grupo avaliado CPO-D alto, além de alto índice de uso e de necessidade de prótese. A população estudada, caracterizou-se por revelar alta incidência de edêntulos e usuários de próteses totais ou parciais removíveis, demonstrando que grande parte da população idosa já perdeu a maioria dos seus dentes.

Com maior prevalência, os níveis de depressão geriátrica apresentaram resultados significativos para cinco domínios de qualidade de vida, podendo-se concluir que fatores psicológicos, emocionais, de personalidade, modo de vida podem interferir na incidência e progressão da de determinada doença, inclusive doenças associadas à saúde bucal.

Em geral, os estudos buscam avaliar a qualidade de vida juntamente à autopercepção em saúde bucal por meio de instrumentos específicos de qualidade de vida em saúde bucal. Poucos estudos buscam associar saúde bucal a instrumentos que investiguem a qualidade de vida em saúde de modo geral, e a problemas associados com fundo biopsicoemocional e o quanto isso pode interferir na saúde bucal do idoso. Há muito mais a se conhecer sobre o idoso, sobretudo do meio em que vive e o que realmente lhe importa a essa altura de sua vida, com o intuito de proporcionar-lhe melhores condições clínicas de saúde bucal e qualidade de vida.

REFERENCES

1. Ayres M, Ayres JrM, Santos AS. BioEstat 5.0: Aplicações nas áreas das ciências biológicas e médicas. Belém: Sociedade Civil Mamirauá; 2007. 324p.
2. Bagewitz IC, Söderfeldt B, Palmqvist S, Nilner K. Oral prostheses and oral health-related quality of life: survey study of an adult Swedish population. *Int J Prosthodont* 2007;20(2):132-42.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Buss PM. Health promotion and quality of life. *Cien & Saúde Colet*. 2000;5(1):163-177.
5. Caldas Júnior AF, Figueiredo ACL, Soriano EP, Sousa EHA, Melo JBG, Vilela AS. Prevalence of dental caries and edentulism in aged people in the city of Recife-Pernambuco-Brazil. *Rev Brasil de Ciên Saúde*. 2002;6(2):113-122.
6. 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.
7. 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.
8. Colussi CF, Freitas SFT. Edentulouness and associated risk factors in a south Brazilian elderly population *Gerodontology* 2007;24:93-97.
9. Colussi CF, Freitas, SFT. Epidemiological aspects of oral health among the elderly in Brazil. *Cad de Saúde Pública*. 2002; 18(5);1313-1320.

10. 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.
11. Cornell JE. Oral health quality of life inventory. *J Behav Med*. 1994;4(3):257-272.
12. Cushing AM. Developing social-dental indicators: the social impact of dental disease. *Comm Dent Health*. 1986;3:3-17.
13. Fernandez RAC, Silva SRC, Watanabe MGC, Pereira AC, Martildes SMLR. Uso e Necessidade de Próteses Dentária em Idosos que Demandam um Centro de Saúde. *Rev Bras Odontol* 1997;54(2):107-110.
14. Ferreira RC, Magalhães CS, Moreira AN. Tooth loss, denture wearing and associated factors among na elderly institutionalized Brazilian population. *Gerodontology*. 2008;25(3):168-178.
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. Gift HC, Atchison KA, Dayton CM. Conceptualizing oral health and oral health-related quality of life. *Soc Sci Med* 1997;44:601-608.
17. Gilbert GH, Heft MW, Duncan RP, Ringelberg ML. Perceived need for dental care in dentate older adults. *Int Dent J* 1994;44:145-52.
18. 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.
19. Índice de Exclusão Social: Características da População. 2003. Disponível em: <http://www.piracicaba.sp.gov.br/autarquias> - IPPLAP.

20. Jones JA, Orner MB, Spiro A 3rd, Kressin NR. Tooth loss and dentures: patients' perspectives. *Int Dent J* 2003;53(5Suppl):327-34.
21. Kiyak HA. Age and culture: influences on oral health behavior. *Int Dent J* 1993;43:9-16.
22. Kressin NR. The oral health-related quality of life measure. *J Dent Educ.* 1997;6:494-497.
23. 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):412-23.
24. Locker D. Mensuring oral health: A conceptual framework. *Comm Dent Health.* 1988;5:3-18.
25. Locker D. Subjective oral health status indicators. *Comm Dent Health.* 1997;27(3):257-270.
26. 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.
27. Mariño R, Schofield M, Wright C, Calache H, Minichiello V. Self-reported and clinically determined oral health status predictors for quality of life in dentate older migrant adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008;36(1):85-94.
28. Marchini L. Plano de tratamento integrado em odontogeriatria. In: Brunetti RF e Montenegro FLB (org). *Odontogeriatria: noções de interesse clínico*. São Paulo: Artes Médicas; 2002. 163-173.
29. 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.
30. 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.

31. Pinzón-Pullido SA, Gil-Montoya JA. Validación Del Índice de Valoración de Salud Oral em Geriatria em uma pobre población geriátrica institucionalizada de Granada. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;4(5):273-282.
32. Reich E. Trends in caries and periodontal health epidemiology in Europe. *Int Dent Journal*. 2001;51(6):392-8.
33. Reis SCGB, Higino MASP, Melo HMD, Freire MCMF. Oral health status of institutionalized elderly in Goiânia-GO, Brazil, 2003. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(1):67-73.
34. Reisine S. Oral health and the sickness impact profile. *J Public Health*. 1997;35(2):1-19.
35. Reisine ST, Fertig J, Weber J, Leder S. Impact of dental conditions on patients' qualite of life. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1989;82:1163-1168.
36. Rosa AGF, Castellanos RA, Pinto VG. Saúde bucal na terceira idade: um diagnóstico epidemiológico. *RGO*. 1993;41(2): 97-102.
37. Selikowitz HS. Acknowledging cultural differences in the care of refuges and immigrants. *Int Dental J* 1994;44:59-61.
38. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W et al. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2001;29:195-203.
39. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986;5:165-73.
40. Shimazaki Y, Soh I, Koga T, Miyazaki H, Takehara T. Risk factor for tooth loss in the institucionalised elderly; a six-year cohort study. *Comm Dent Health*. 2003; 20:123-127.

41. Silva DD, Sousa MLR, Wada, RS. Self-perception and oral health conditions in the elderly population. *Cad de Saúde Pública* 2005; 21(4):1251-1259.
42. Silva EFA, Sousa MLR. Self-concept in oral health and life satisfaction in elderly women who use complete denture prosthesis. *Rev Odontol Univers Cid São Paulo*. 2006;18(1):61-65.
43. Silva SRC. Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais. 1999. Tese (Doutorado em Odontologia)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
44. Silva SRC, Castellanos RAF. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Públ* 2001; 35(4):349-55.
45. Slade GD, Spencer AJ, Gorkic E, Andrews G. Oral health status and treatment needs of non-institutionalized persons aged 60+ in Adelaide, South Australia. *Aust Dent Journal*. 1993;38(5):373-80.
46. Slade GD. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Comm Dent Health*. 1994;11(1):3-11.
47. Spanish Geriatric Oral Health Research Group. Oral health issues of Spanish adults aged 65 and over. *Int Dent Journal*. 2001;51(3):228-34.
48. Trulsson U, Engstrand P, Berggren U, Nnnmark U, Brånemark PI. Edentulousness and oral rehabilitation: experiences from the patients' perspective. *Eur J Oral Sci* 2002;110(06):417-24.
49. 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.

50. Wong CMM, Liu JKS, Lo ECM. Translation and Validation of the Chinese Version of Gohai. *J Public Health Dent* 2002;62(2):78-83.
51. World Health Organization (WHO). Organização Mundial de Saúde (OMS). Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal: Manual de Instruções. 4^a Ed. São Paulo: Ed. Santos, 1999, 66 p.
52. Yesavage JA. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Rev* 1982; 17:37-49.

Tabelas e Figuras:

Tabela 1: Análise Univarida das características uso de prótese e CPO-D (dicotomizado pela mediana=32) em função dos domínios de Qualidade de vida e Depressão Geriátrica. Piracicaba, Brasil, 2009.

Características	Uso de Prótese		p(χ²)	Índice CPO-D (mediana <32; = 32)		
	sim (%)	não (%)		<32 (%)	32 (%)	p(χ²)
Capac. Funcional						
ruim	17 (56.7)	13 (43.3)	0.0013	13 (56.7)	17 (43.3)	0.96
Regular/boa	282 (82.7)	59 (17.3)		143 (41.9)	198 (58.1)	
Aspectos Físicos						
ruim	26 (61.9)	16 (38.1)	0.0035	18 (42.8)	24 (57.2)	0.95
Regular/boa	271 (82.4)	58 (17.6)		138 (41.9)	191 (58.1)	
Dor						
ruim	30 (66.7)	15 (33.3)	0.02	19 (42.2)	26 (57.8)	0.9
Regular/boa	269 (82.5)	57 (17.5)		137 (42.0)	189 (58.0)	
Est. Geral de saúde						
ruim	23 (74.2)	8 (25.8)	0.5	14 (45.2)	17 (54.8)	0.85
Regular/boa	276 (81.2)	64 (18.8)		142 (41.8)	198 (58.2)	
Vitalidade						
ruim	23 (69.7)	10 (30.3)	0.15	21 (63.6)	12 (36.4)	0.014
Regular/boa	276 (81.7)	62 (18.3)		135 (40.0)	203 (60.0)	
Aspectos Sociais						
ruim	20 (77.0)	6 (23.0)	0.9	16 (61.5)	10 (38.5)	0.05
Regular/boa	277 (80.2)	68 (18.8)		140 (40.6)	205 (59.4)	
Aspectos Emocionais						
ruim	23 (62.1)	14 (37.9)	0.005	16 (43.2)	21 (56.8)	0.9
Regular/boa	276 (82.6)	58 (17.4)		140 (42.0)	194 (58.0)	
Saúde Mental						
ruim	14 (70.0)	6 (30.0)	0.35	13 (65.0)	7 (35.0)	0.06
Regular/boa	285 (81.2)	66 (18.8)		143 (40.7)	208 (59.3)	
Depressão						
Leve ou Severa	55 (73.3)	20 (26.7)	0.1	34 (45.3)	41 (54.7)	0.6
Ausente	244 (82.4)	52 (17.6)		122 (41.2)	174 (58.8)	

Tabela 2: Análise Univariada das características sociodemográficas em função dos domínios de Qualidade de Vida e Depressão Geriátrica. Piracicaba, Brasil. 2009.

Características	Faixa etária (anos)			Gênero			Estado Civil			Escolaridade		
	60 - 70 (%)	71 ou + (%)	p(χ ²)	M (%)	F (%)	p(χ ²)	Casado(%)	Não (%)	p(χ ²)	sem (%)	com (%)	p(χ ²)
Capac. Funcional												
ruim	19(63.3)	11(36.7)	0.35	10(32.3)	21(67.7)	0.7	22(73.3)	8(26.7)	0.17	7(22.6)	24(77.4)	0.9
Regular/boa	249(73)	92(27)		125(36.8)	215(63.2)		201(59)	140(41)		73(21.5)	267(78.5)	
Aspectos Físicos												
ruim	34(81)	8(19)	0.24	10(23.8)	32(76.2)	0.09	29(67.4)	14(32.6)	0.36	9(21)	34(79)	0.9
Regular/boa	234(71.1)	95(28.9)		126(38.3)	203(61.7)		193(58.8)	135(41.2)		71(21.6)	257(78.4)	
Dor												
ruim	36(80)	9(20)	0.28	10(21.7)	36(78.3)	0.04	27(58.7)	19(41.3)	0.9	13(28.3)	33(71.7)	0.32
Regular/boa	232(71.2)	94(28.8)		125(38.5)	200(61.5)		196(60.3)	129(39.7)		67(20.6)	258(79.4)	
Est. Geral de saúde												
ruim	22(71)	9(29)	0.9	10(31.2)	22(68.8)	0.68	23(71.9)	9(28.1)	0.2	9(28.1)	23(71.9)	0.44
Regular/boa	246(72.4)	94(27.6)		124(36.6)	215(63.4)		199(58.7)	140(41.3)		70(20.6)	269(79.4)	
Vitalidade												
ruim	22(66.7)	11(33.4)	0.58	14(41.2)	20(58.8)	0.67	19(55.9)	15(44.1)	0.75	12(35.3)	22(64.7)	0.06
Regular/boa	246(72.8)	92(27.2)		121(35.9)	216(64.1)		203(60.2)	134(39.8)		68(20.2)	269(79.8)	
Aspectos Sociais												
ruim	20(77)	6(23)	0.74	8(29.6)	19(70.4)	0.58	17(65.4)	9(34.6)	0.71	6(22.2)	21(77.8)	0.87
Regular/boa	248(71.9)	97(28.1)		127(36.9)	217(63.1)		206(59.7)	139(40.3)		74(21.5)	270(78.5)	
Aspectos Emocionais												
ruim	27(73)	10(27)	0.92	10(26.3)	28(73.7)	0.23	27(71)	11(29)	0.2	8(21.1)	30(78.9)	0.89
Regular/boa	241(72.2)	93(27.8)		125(37.5)	208(62.5)		196(58.9)	137(41.1)		72(21.6)	261(78.4)	
Saúde Mental												
ruim	16(80)	4(20)	0.3*	7(33.3)	14(66.7)	0.94	11(52.4)	10(47.6)	0.6	7(33.3)	14(66.7)	0.28
Regular/boa	252(71.8)	99(28.2)		128(36.6)	222(63.4)		212(60.6)	138(39.4)		73(20.9)	277(79.1)	
Depressão												
Leve ou Severa	52(69.3)	23(30.7)	0.62	26(40)	39(60)	0.63	37(56.9)	28(43.1)	0.62	19(29.2)	46(70.8)	0.13
Ausente	216(73)	80(27)		110(36)	196(64)		187(61.1)	119(38.9)		61(20)	245(80)	

Tabela 3: Depressão geriátrica em função dos domínios de qualidade de vida. Piracicaba, Brasil, 2009.

Características	Depressão Geriátrica		p(χ²)
	Severa/leve(%)	Ausente(%)	
Capac. Funcional			
ruim	11(36,7%)	19(63,3%)	0.03
Regular/boa	64(13,7%)	277(86,3%)	
Aspectos Físicos			
ruim	14(13,3%)	28(66,7%)	0.04
Regular/boa	61(18,5%)	268(81,5%)	
Dor			
ruim	13(28,9%)	32(71,1%)	0.18
Regular/boa	62(19%)	264(81%)	
Est. Geral de saúde			
ruim	15(48,4%)	16(51,6%)	0.0001
Regular/boa	60(17,6%)	280(82,4%)	
Vitalidade			
ruim	14(42,4%)	19(57,6%)	0.002
Regular/boa	61(18%)	277(82%)	
Aspectos Sociais			
ruim	9(34,6%)	17(65,4%)	0.1
Regular/boa	66(19%)	279(81%)	
Aspectos Emocionais			
ruim	13(35,1%)	24(64,9%)	0.03
Regular/boa	62(18,6%)	272(81,4%)	
Saúde Mental			
ruim	7(35%)	13(65%)	0.16
Regular/boa	68(19,4%)	283(80,6%)	

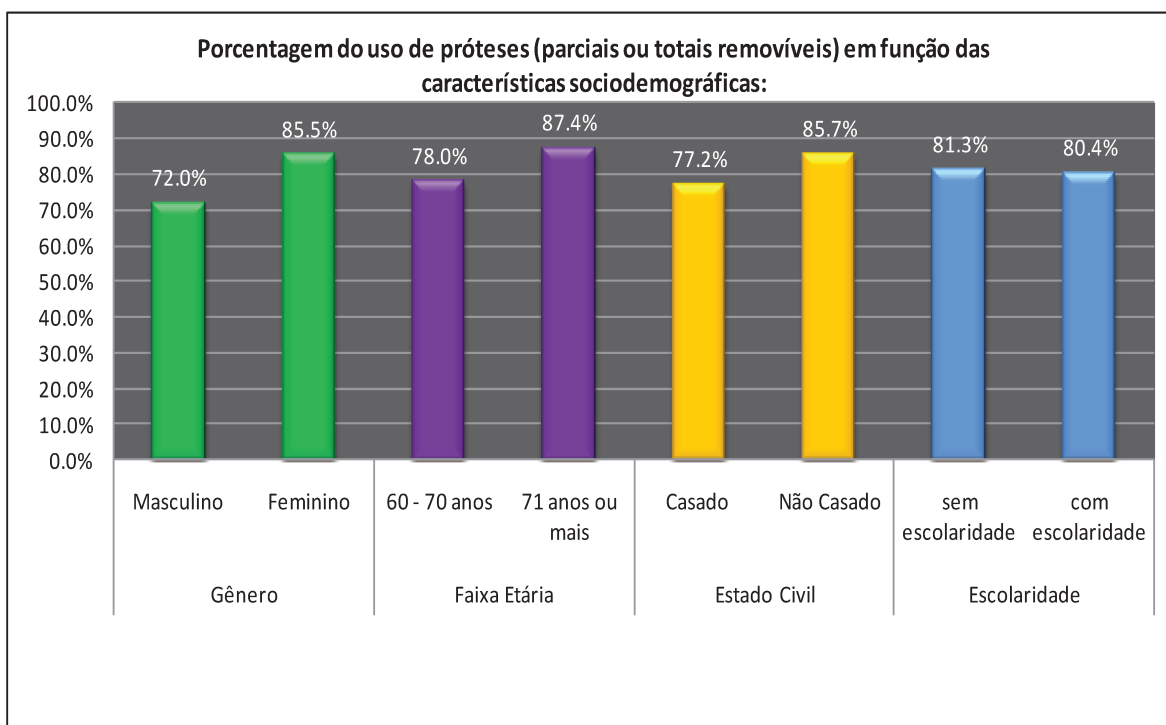


Figura 1: Porcentagem do uso de próteses (parciais ou totais removíveis) em função das características sociodemográficas.

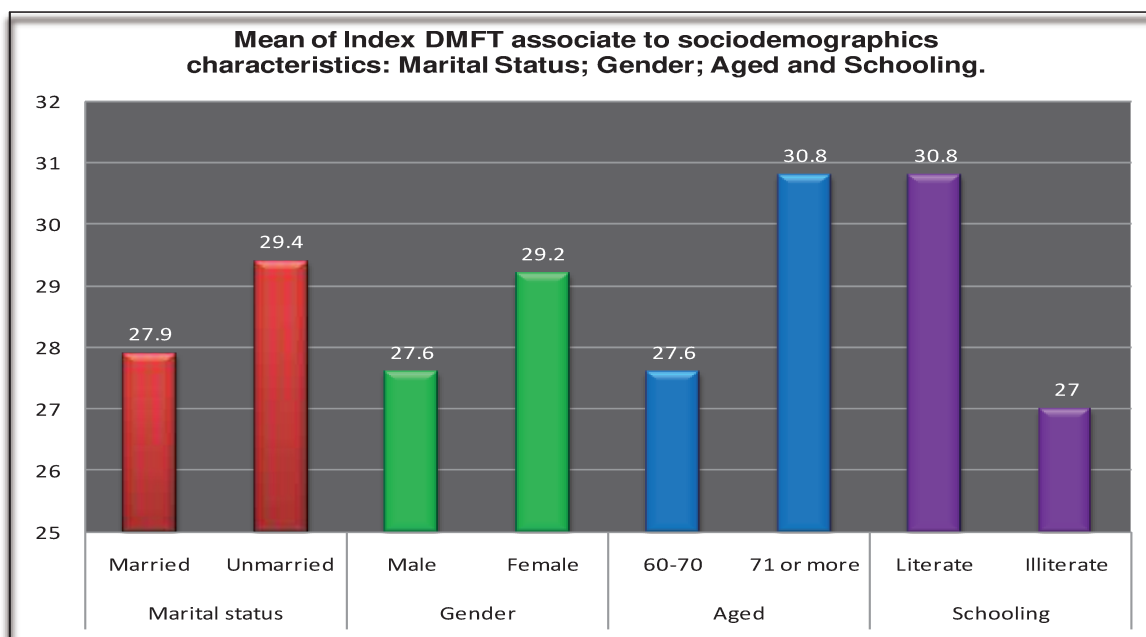


Figura 2: Mean of Index DMFT associate to sociodemographics characteristics.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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 referência 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, aspectos físicos, sociais, emocionais, vitalidade. Na verdade, torna-se difícil uma real associação entre qualidade de vida em saúde e características clínicas, já que há pouquíssimos trabalhos que utilizam um instrumento de qualidade de vida em saúde e o associe a problemas de saúde bucal.

Em geral, os pesquisadores preferem trabalhar com questionários específicos de qualidade de vida em saúde bucal a fim de associar resultados clínicos e qualidade de vida. No entanto, a partir dessas diferenças, onde dores podem atrapalhar uma boa alimentação ou até mesmo um maior cuidado com a saúde bucal pelos medicamentos utilizados, ou os aspectos físicos podem impedir uma coordenação adequada para uma boa higienização bucal. É preciso que se possam avaliar de melhor maneira esses instrumentos para que realmente trabalhem em associação saúde geral e saúde bucal.

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. Outras variáveis

devem ser analisadas para explicar tal fato e muito importantes são instrumentos que mensurem índices de qualidade de vida, usados e interpretados devidamente.

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, políticos 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 conclamar a todos ao movimento social. A união dos esforços múltiplos, pode contribuir em muito numa adoção mais rápida e profunda, das estratégias propostas pelas Cartas de Promoção sobre a saúde.

5. REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO

Pereira AC, Castellanos RAF, Silva SRC, Watanabe MGC, Queluz DP, Meneghim MC. Oral health and periodontal status in Brazilian elderly. *Braz Dent J*. 1996;2(7):97-102.

Saintrain MVL, Souza EHA. Elderly's oral health: Challenge to be followel. *Odontol Clín-Científ*. 2005;4(2):127-132.

Rodrigues SM, Vargas AMD, Moreira AN. Percepção de Saúde Bucal em Idosos. *Revista Arquivo em Odontologia*. Faculdade de Odontologia da UFMG 2003; (3): 195-212.

Carvalho JAM, Garcia RA. Enfoque demográfico do envelhecimento da população. *Cad Saúde Públ*. 2003; 19(3):725-733.

Silva SRC. Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais. 1999. Tese (Doutorado em Odontologia)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

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.

Carvalho CL, Martins EM. O significado da saúde e da doença na sociedade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. 1998; 1:91-114.

Locker D. Subjective oral health status indicators. *Comm Dent Health*. 1997;27(3):257-270.

Portillo JAC, Paes AMC. Autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde bucal. *Rev Brasil de Odontol Saúde Coletiva*. 2000; 1(1):75-88.

Chianca TK, Deus MR, Dourado AS, Leão AT, Vianna RBC. El impacto de la salud bucal em calidad de vida. Rev Fola/oral 1999;16:96-102.

Hebling E. Prevenção em Odontogeriatrics. In: Pereira AC (Org). Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003. 426-437.

Queiroz ZPV. Cuidando do idoso: uma abordagem social. Mundo da Saúde; 2000; 24:246-248.

Kressin NR, Reisine S, Spiro A 3rd, Jones JA. Is negative affectivity associated with oral quality of life? Community Dent Oral Epidemiol 2001; 29(6):412-23.

Selikowitz HS. Acknowledging cultural differences in the care of refugees and immigrants. Int Dental J 1994;44:59-61.

Kiyak HA. Age and culture: influences on oral health behavior. Int Dent J 1993:43:9-16.

Trulsson U, Engstrand P, Berggren U, Nnnmark U, Brånemark PI. Edentulousness and oral rehabilitation: experiences from the patients' perspective. Eur J Oral Sci 2002:110(06):417-24.

Nitschke I, Müller F. The impact of oral health on the quality of life in elderly. Oral Health Prev Dent 2004;2 Suppl 1:271-5.

Silva SRC, Castellanos RAF. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. Rev Saúde Públ 2001; 35(4):349-55.

6. ANEXOS

I – Qualidade de Vida

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)

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)

Pontos

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)

Pontos

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?

a)Pontos

b)Pontos

c)Pontos

d)Pontos

e)Pontos

f)Pontos

g)Pontos

h)Pontos

i)Pontos

J)Pontos

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?

a)Pontos

b)Pontos

c)Pontos

d)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

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)?

	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

a)Pontos

b)Pontos

c)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)

Pontos

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 tranqüilo?	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)?

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

Pontos

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

a)Pontos

	Definitivamente	A maioria das	Não sei	A maioria	Definitivamente
--	-----------------	---------------	---------	-----------	-----------------

b)Pontos

	verdadeiro	vezes verdadeiro		das vezes falso	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	

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

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

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

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.

Links sobre o assunto, adaptado de:

<http://listas.cev.org.br/pipermail/cevidoso/2005-May/000221.html>

II - Autopercepção de saúde bucal em idosos

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. Precisa usar medicamentos para aliviar dor ou desconforto relativos à sua boca?			
9. Aborrecem-se ou leve 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			

III – Escala de Depressão Geriátrica

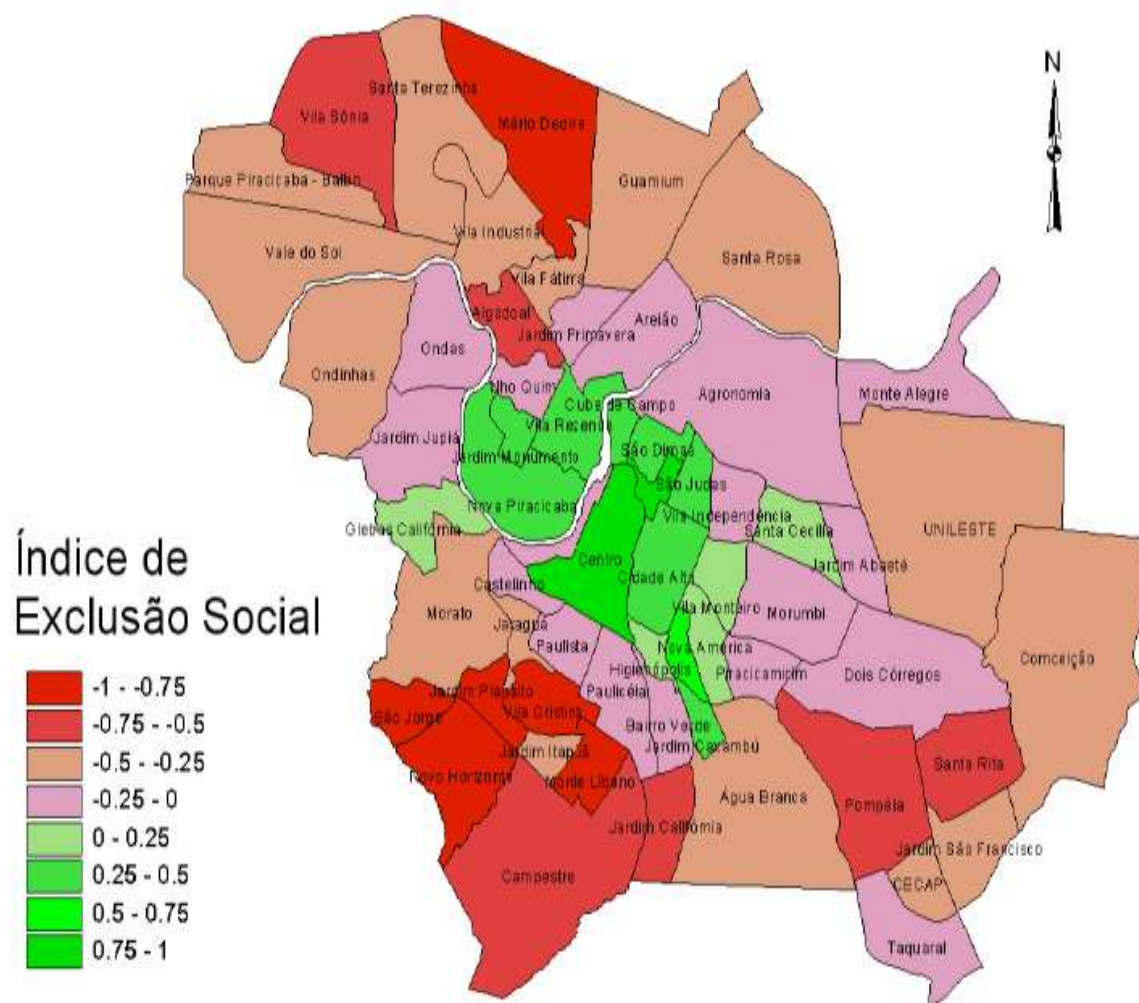
Questionário (Depressão Geriátrica)

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA - (YESAWAGE)		
1. Está satisfeito com sua vida?	sim ()	não ()
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	sim ()	não ()
3. Acha sua vida vazia?	sim ()	não ()
4. Aborrece-se com frequência?	sim ()	não ()
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	sim ()	não ()
6. Tem que algo ruim lhe aconteça?	sim ()	não ()
7. Sente-se alegre na maior parte do tempo?	sim ()	não ()
8. Sente-se desanimado com frequência?	sim ()	não ()
9. Prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	sim ()	não ()
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	sim ()	não ()
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)?	sim ()	não ()
12. Sente-se inútil?	sim ()	não ()
13. Sente-se cheio(a) de energia?	sim ()	não ()
14. Sente-se sem esperança?	sim ()	não ()
15. Acha que outras pessoas têm mais sorte que você?	sim ()	não ()

Pontuação:

0 a 5	⇒ normal
6 a 10	⇒ depressão leve
11 a 15	⇒ depressão severa

IV - Mapa – índice de Exclusão Social – município de Piracicaba/Brasil – IPPLAP





**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 **"Qualidade de vida e auto-percepção em saúde bucal em idosos não-institucionalizados"**, protocolo nº 126/2008, 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 26/11/2008.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project **"Quality of life and oral health self-perception in non-institutionalized elderly"**, register number 126/2008, 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 .

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.