

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
NÍVEL MESTRADO  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE BUCAL COLETIVA**

**AVALIAÇÃO LONGITUDINAL DA MUDANÇA NA  
PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA  
RELACIONADA À SAÚDE BUCAL EM IDOSOS**

**Camila Mello dos Santos**

Porto Alegre, Setembro de 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
NÍVEL MESTRADO  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE BUCAL COLETIVA

LINHA DE PESQUISA: EPIDEMIOLOGIA, ETIOPATOGENIA E REPERCUSSÃO  
DAS DOENÇAS DA CAVIDADE BUCAL E ESTRUTURAS ANEXAS

**AVALIAÇÃO LONGITUDINAL DA MUDANÇA NA PERCEPÇÃO DE QUALIDADE  
DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL EM IDOSOS**

Camila Mello dos Santos

Orientadora: Profa. Dra. Dalva Maria Pereira Padilha

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Nível Mestrado, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito final para a obtenção do título de mestre na área de concentração em Saúde Bucal Coletiva.

## DEDICATÓRIA

---

*Aos meus pais, Paulo e Sedanir, pessoas espetaculares e que jamais mediram esforços ou se importaram com os sacrifícios para a realização dos meus sonhos. Amo vocês, os maiores responsáveis pela minha formação humana.*

*Aos meus mestres, Professora Dalva Padilha, Professor Fernando Hugo e Professora Juliana Hilgert, os maiores responsáveis pela minha formação acadêmica.*

## AGRADECIMENTOS

---

Sou eternamente grata ao Pai Maior e aos Espíritos de Luz por terem me dado força de vontade para nunca desistir dos meus sonhos.

Aos meus pais, que sempre apostaram em mim, me deram apoio, carinho e muito amor, sendo neste longo período as pessoas com quem sempre pude contar, meus verdadeiros e eternos amigos. Aos meus irmãos (Marcos e Júlia), meus sobrinhos (Luiz Eduardo e Isabela) e meus tios (Tubino e Mel) que acreditaram em mim, me apoiaram e me incentivaram.

À minha querida orientadora professora Dalva, obrigada pelos sorrisos, incentivos, apoio e disposição em sempre fazer o melhor para mim e para todas as pessoas. Agradeço aos professores Fernando Neves Hugo e Juliana Balbinot Hilgert pelas suas inestimáveis ajudas e incentivos, a disponibilidade no acompanhamento constante deste trabalho e na revisão do presente texto.

Aos amigos e colegas de equipe de trabalho, Aline Blaya Martins e Renato José de Marchi, obrigada pela oportunidade de um ótimo convívio e pela amizade.

À CAPES pela bolsa de mestrado. À Prefeitura Municipal de Carlos Barbosa e à Secretaria Municipal de Assistência Social pelo apoio. Um agradecimento especial, aos idosos que participaram desta pesquisa. Enfim, a todos aqueles que colaboraram de forma direta ou indireta para a realização deste trabalho.

## **LISTA DE SIGLAS**

---

OHIP-14- Perfil do Impacto da Saúde Bucal com 14 itens

CPO-D- Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

## RESUMO

---

O aumento da expectativa de vida da população mundial tem demandado ações que visem a avaliar e a melhorar a saúde e a qualidade de vida dos idosos. Objetivo: O objetivo do presente estudo foi descrever as mudanças de qualidade de vida relacionada à saúde bucal e avaliar os fatores determinantes destas mudanças em idosos do sul do Brasil. Metodologia: Uma amostra representativa de 872 pessoas, com 60 anos ou mais, residentes em Carlos Barbosa, RS, foi avaliada em 2004. O seguimento foi realizado em 2008 e foram avaliados 587 idosos. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Odontologia da UFRGS. As medidas utilizadas incluíram: questionário com informações sócio-demográficas e condição de saúde, qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHIP-14) e exame clínico para contagem do número de dentes naturais. A mudança de qualidade de vida relacionada à saúde bucal foi categorizada com acréscimo ou decréscimo do número de impactos, entre 2004 e 2008. A fim de analisar os fatores associados com as mudanças na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal em idosos independentes, utilizou-se e uma análise hierárquica realizada através de regressões de Poisson com estimação de variância robusta. Resultados: Os indivíduos apresentaram 34,7% decréscimo e 31,7% dos indivíduos apresentaram acréscimo na mudança da qualidade de vida relacionada à saúde bucal. As questões relacionadas com dor e desconforto apresentaram maior frequência de acréscimo e decréscimo. Localização geográfica da residência, frequência de escovação, número de dentes associaram-se com acréscimo e renda familiar mensal e sexo feminino associaram-se com decréscimo da mudança na percepção de qualidade de vida. Conclusão: Avaliações das mudanças na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal podem ser úteis à saúde pública, no planejamento e avaliação de políticas de saúde bucal, na avaliação de programas de saúde bucal e na identificação de fatores de risco relacionado à melhora ou à piora na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Palavras-Chave: idosos, estudos longitudinais, saúde bucal, qualidade de vida

## ABSTRACT

---

The world life expectancy increase has demanded actions in order to assess and improve health and quality of life of elderly people. Objective: The aim of this study was to describe changes in oral health-related quality of life and to evaluate the causes of these changes in Southern Brazil elderly. Methods: A representative sample of 872 people aged 60 years or more, living in Carlos Barbosa, RS, was evaluated during 2004. The follow-up was carried out during 2008, with 587 elderly evaluated. This study was approved by the Committee of Ethics of the Federal University of Rio Grande do Sul Faculty of Dentistry. Measurements included a questionnaire assessing socio-demographic information health history, oral health-related quality of life (OHIP-14) and oral examinations assessing the number of natural teeth. Changes in oral health-related quality of life were categorized as increment or decrement related to the number of impacts in oral health-related quality of life reported by the participants in 2004 and 2008. In order to analyze the factors associated with changes in quality of life in independent living elderly, a hierarchal approach was carried out using the Poisson regressions with Robust variance. Results: More than thirty-four percent of the participants experienced decrement, while 31.7% experienced increment in oral health-related quality of life. Increments and decrements in oral health-related quality of life were more frequent in questions assessing issues related to pain and discomfort. Geographic localization of the residence, frequency of tooth brushing and the number of teeth were associated with increment in oral health-related quality of life, while family income and female were associated with in decrement in the perception of quality of life. Conclusion: The assessment of changes in the perception of oral health-related quality of life may be useful for public health policy planning and evaluation, oral health programs evaluation and for the identification of risk factors of increments and decrements in the perception of oral health-related quality of life.

Key-words: elderly, longitudinal studies, oral health, quality of life.

## **SUMÁRIO**

---

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| <b>INTRODUÇÃO</b>                 | 09 |
| <b>REVISÃO DA LITERATURA</b>      | 11 |
| <b>OBJETIVO</b>                   | 16 |
| <b>MANUSCRITO</b>                 | 17 |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>       | 38 |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> | 40 |
| <b>ANEXOS</b>                     | 44 |



## INTRODUÇÃO

---

O processo de envelhecimento populacional é resultado de diminuições dos coeficientes de mortalidade e das taxas de fecundidade e natalidade. O decréscimo destas taxas, associado à melhoria nas condições de saneamento básico, também são fatores que contribuíram para uma participação cada vez mais significativa dos idosos na população, resultando num processo de envelhecimento populacional rápido e intenso tanto no Brasil como nos países mais desenvolvidos (Kalache et al., 1987; Padilha et al., 1998).

No Brasil, idosos com mais de 60 anos representavam 4,1% da população em 1960, já em 2000 a proporção subiu para 8,6%, ocorrendo uma mudança na estrutura demográfica brasileira (Carvalho e Garcia, 2003). O crescimento do número de idosos não foi acompanhado pelo aumento de pesquisas que forneçam um diagnóstico preciso das condições bucais dos mesmos. Entretanto, é fundamental conhecer o seu estado de saúde bucal para o desenvolvimento de programas e políticas de saúde para essa faixa etária da população (Colussi e de Freitas, 2002) na ausência destas últimas a realidade que tem sido detectada é de um quadro de saúde bucal precário (Silva e Fernandes, 2001).

Em relação à saúde bucal, estudos realizados no Brasil indicam que a condição oral do idoso é precária e caracterizada por perdas dentárias extensas, infecções e pobre higiene bucal (Hugo et al., 2007). De acordo com dados do estudo SB Brasil, apenas 9,6% dos indivíduos com idades entre 65 e 74 anos tinham uma dentição funcional, caracterizada pela presença de 20 ou mais dentes e no que se refere aos idosos o CPO-D médio foi de 27,8 na faixa de 65 a 74 anos. Destaca-se o fato de o componente perdido ser responsável por cerca de 66,0% do índice no grupo de 35 a 44 anos e quase 93,0% no grupo de 65 a 74 anos (SB Brasil, 2003). Todos estes problemas bucais resultam em dificuldades mastigatórias, dor e problemas nutricionais (Mojon et al., 1998) que tem repercussões importantes na qualidade de vida dos idosos (Tsakos et al., 2006).

Estudos epidemiológicos mostram que a cárie é prevalente entre populações de idosos independentes (Warren et al., 2002). No Brasil, a cárie e a doença periodontal estão relacionadas a uma grande prevalência de perdas dentárias (Hiramatsu et al., 2007). De acordo com Vargas e Paixão (2005), as causas da perda dentária mais comuns apontadas pelos pacientes são a falta de informação e de condições financeiras para o tratamento. Esses achados confirmam os trabalhos de Pinto (1997; 2000) os quais mostraram que a perda dentária, no Brasil, tem causas sociais e que dentes passíveis de recuperação são extraídos por problemas econômicos.

No Brasil, o edentulismo é uma marca da desigualdade social, e de acordo com os resultados de Barbato et al. (2007), ser morador da zona rural, ter uma renda inferior a um salário mínimo, baixa escolaridade e ter idade mais avançada proporciona uma maior chance de ter perdas dentárias. Assim, os motivos de ordem econômica são comuns como causa da extração dentária, bem como as atitudes da população e a utilização dos serviços odontológicos (Barbato et al., 2007). Portanto, a perda dentária é considerada como resultado de uma complexa interação entre condições bucais, fatores sociais e comportamentais (Pallegedara e Ekanayake, 2005).

A saúde bucal é uma parte integrante da saúde como um todo e é um fator importante para a qualidade de vida (Padilha et al., 2006). De acordo com Locker (1997), os problemas bucais são importantes para qualidade de vida relacionada à saúde bucal, pois os resultados desta relação são vivenciados no cotidiano, trazendo impacto funcional, social e psicológico, mas segundo Brondani et al. (2008) pouco se sabe sobre a complexidade dos fatores pessoais que afetam a percepção de saúde bucal. A percepção da saúde bucal é uma variável multidimensional que reflete a experiência subjetiva dos indivíduos sobre o seu bem-estar funcional, social e psicológico (Locker, 1997). Análises longitudinais possibilitam um melhor entendimento das interações entre a percepção da saúde bucal e o ambiente externo, as características individuais, o comportamento relacionado à saúde, as condições objetivas e subjetivas de saúde (Martins, 2009).

## REVISÃO DA LITERATURA

---

### QUALIDADE DE VIDA

Segundo WHOQOL group da Organização Mundial da Saúde (The WHOQOL Group, 1995) “Qualidade de vida é a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e o sistema de valores com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Há três características principais de qualidade de vida que são: subjetividade, multidimensionalidade (a qualidade de vida inclui pelo menos três dimensões ou domínios: físico, psicológico e social) e bipolaridade (possui dimensões positivas e negativas) (TheWhoqol Group, 1995). De acordo com Paschoal (2002), existem características secundárias de qualidade de vida que são: complexidade e mutabilidade (altera com o tempo, lugar, pessoa, estado de humor e contexto cultural).

Na saúde, o interesse pelo conceito de qualidade de vida é recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas (Seidl e Zannon, 2004). Em geral, associam-se à expressão qualidade de vida fatores como estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, relações familiares, disposição e até espiritualidade e dignidade. Qualidade de vida pode ser considerada como um conjunto de parâmetros individuais, socioculturais e ambientais que caracterizam as condições em que vive o ser humano (Paschoal, 2004).

Vecchia e colaboradores, em uma pesquisa sobre a compreensão do que vem a ser qualidade de vida para os idosos, encontraram diversos fatores que influenciam a vida no sentido de uma boa qualidade. São eles: relacionamentos interpessoais, boa saúde física e mental, bens materiais (casa, carro, salário, acesso a serviços de saúde), lazer, trabalho, espiritualidade, honestidade e solidariedade, educação (ao longo da vida) e ambiente favorável (sem poluição e sem violência) (Vecchia et al., 2005).

A saúde bucal, especificamente, é um importante fator determinante de qualidade de vida. O complexo craniofacial nos permite falar, sorrir, tocar, beijar, cheirar, sentir gosto, mastigar, engolir, expressar sentimentos. O impacto psicossocial das doenças bucais frequentemente diminui de modo significativo à qualidade de vida (Petersen, 2003). Assim, experiências de dor, abscessos dentários, problemas com alimentação e mastigação, constrangimento devido ao formato ou ausência de dentes, dentes comprometidos ou manchados podem causar efeitos negativos no dia-a-dia e no bem-estar das pessoas (Petersen, 2003).

### **QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL**

O conceito de qualidade de vida relacionado à saúde bucal é centrado na avaliação pessoal, na capacidade do indivíduo viver plenamente em relação ao seu espaço social (Portillo e Paes, 2000) e tem um caráter subjetivo sendo influenciado pelas experiências pessoais (Carvalho e Martins, 1998). Qualidade de vida relacionada à saúde bucal, pode ser definida como "a ausência de impactos negativos da condição bucal na vida social e um sentido positivo de autoconfiança da condição bucal" (Atchison, 2002).

A perda de um ou mais dentes pode ter profundos efeitos na saúde bucal e qualidade de vida de um indivíduo (Warren et al., 2002). As perdas dentárias causam diminuição da capacidade mastigatória, dificultando o consumo de diversos alimentos, afetam a fonação e causam danos estéticos que podem originar alterações psicológicas (Hung et al., 2005). Esse conjunto de repercussões no cotidiano das pessoas contribui para a redução de sua qualidade de vida (Barbato et al., 2007). Os problemas vivenciados pelos idosos devido às perdas dentárias são tanto funcionais quanto psicossociais (Vargas e Paixão, 2005) e todos esses aspectos podem causar impactos na vida diária do indivíduo (Steele et al., 2004).

Um estudo com idosos australianos antes e após tratamento odontológico observou que os impactos negativos na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal foram associados com dor e desconforto (Gagliardi et al., 2008). Uma pesquisa com imigrantes idosos que residiam na Austrália, mostrou que as mulheres relataram mais impactos negativos na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal do que os homens (Mariño et al, 2008). Alguns estudos realizados no Brasil, concluíram que a necessidade de uso de prótese (Biazevic et al, 2004), a perda dental e o uso de próteses mal adaptadas (Silva et al., 2007) tiveram impactos negativos na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

O estudo longitudinal de Slade com idosos na Austrália em 1998 apresentou tanto a melhora quanto a piora na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal, sendo que perda dentária, visita ao dentista e dificuldade financeira foram os fatores que determinaram estas mudanças. Warren et al. (2002) analisaram a perda dentária em idosos com mais de 65 anos no estado de Iowa (EUA), por um período de 10 anos e concluíram que o número de dentes restantes nos indivíduos afetou significativamente a capacidade de comer, mastigar e a vontade de sorrir. Cuidados odontológicos podem restaurar as funções bucais, aliviar dor e desconforto e melhorar a aparência, contribuindo para a melhora da auto-estima e sensação de bem-estar psicológico. Assim, saúde bucal e cuidados odontológicos têm um impacto significativo sobre a qualidade de vida (Nitschke e Muller, 2004).

O desenvolvimento de indicadores que relacionam problemas bucais com a qualidade de vida surgiu da necessidade de conhecer o impacto dos problemas de saúde bucal sobre a qualidade de vida (Locker,1997). Baseados nesse fato, alguns pesquisadores começaram a trabalhar também com medidas subjetivas, visando inserir a percepção do próprio paciente sobre sua condição bucal. Esses dados proporcionam ao profissional os subsídios auxiliares, permitindo uma visão integral do indivíduo (Almeida et al., 2001). Dinakel et al.(2003) concluíram que os indicadores subjetivos podem ser utilizados como mais um instrumento da avaliação das

condições de saúde bucal, complementares aos indicadores clínicos, uma vez que eles conseguem captar as necessidades relatadas pelos indivíduos. A maioria dos estudos que avaliam mudanças no estado de saúde bucal de indivíduos e populações tem sido baseada em indicadores clínicos da doença, existindo poucas avaliações relativas à sua saúde a partir da percepção do indivíduo (Locker e Jokovic, 1997).

A literatura oferece diferentes instrumentos válidos para avaliar aspectos da condição bucal e qualidade de vida (Atchison, 1990; Leão e Sheiham, 1995; Slade e Spencer, 1997). Hebling e Pereira (2007) fizeram uma revisão crítica dos instrumentos de qualidade de vida relacionados à saúde bucal desenvolvidos nos últimos vinte anos e concluíram que OHIP (Perfil do Impacto da Saúde Bucal), GOHAI (Índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica) e o OIDP (Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário) são válidos para estabelecer esta relação em idosos.

Dentre os vários instrumentos desenvolvidos para mensurar necessidades percebidas, o Oral Health Impact Profile (OHIP) – Perfil do Impacto da Saúde Bucal; (Slade, 1994) é um dos mais utilizados em vários estudos, em diferentes culturas e perfis sociodemográficos. O “Oral Health Impact Profile” (OHIP) é um instrumento que mede a percepção das pessoas sobre o impacto social de distúrbios bucais em seu bem-estar. Tais informações visam à complementação dos indicadores tradicionais de epidemiologia bucal de doenças clínicas e, desse modo, fornecem um perfil do "impacto da doença" em populações. A escala original foi desenvolvida e validada por Slade e Spencer (Slade, 1994) com 49 questões e sete dimensões conceituais que foram formuladas com base no modelo teórico de saúde bucal de Locker (1988). Neste modelo, a doença pode levar à deficiência, esta deficiência pode levar à limitação funcional, descrita como a perda de função de partes do corpo ou sistemas. A deficiência também pode trazer dor ou desconforto, tanto físico quanto psicológico. Tanto um quanto outro pode levar a incapacidade psicológica ou social, descritas pelo autor como qualquer limitação ou falta de habilidade para realizar atividades da vida diária.

Slade (1997) realizou um estudo com o objetivo de produzir uma versão mais reduzida e menos complexa do OHIP 49, mantendo suas características de confiança e validade. Assim, 14 itens foram selecionados a partir do questionário original (Slade, 1997). Assim como a versão completa, a versão reduzida avalia sete dimensões conceituais de saúde bucal, a saber: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social, e desvantagem. Também no formato reduzido, esse instrumento foi considerado válido para aplicação em pesquisas relacionadas à qualidade de vida e à saúde bucal da população (Wong et al, 2002).Oliveira e Nadanovsky (2005) concluíram que a versão brasileira do OHIP-14 tem propriedades psicométricas satisfatórias, que são similares ao instrumento original, configurando a sua validação para o idioma português brasileiro.

## **OBJETIVO**

---

O objetivo do presente estudo foi descrever as dinâmicas de mudanças de qualidade de vida relacionada à saúde bucal (melhora e piora) e avaliar os fatores determinantes destas mudanças em idosos do sul do Brasil.



## **MANUSCRITO**

### **AVALIAÇÃO LONGITUDINAL DA MUDANÇA NA PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL EM IDOSOS**

Dos Santos CM, Martins AB, De Marchi RJ, Hugo FN, Hilgert JB, Padilha, DMP.

#### **INTRODUÇÃO**

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial (1). No Brasil, no ano de 2025, os idosos serão cerca de 34 milhões, o que levará o país ao sexto lugar no ranking mundial de países com maior número de pessoas nessa faixa etária (2). De acordo com o Programa Global de Saúde Bucal da Organização Mundial da Saúde, a saúde bucal dos idosos é caracterizada por alta prevalência de edentulismo, de cárie dentária, de doenças periodontais e grande extensão de perda dentária (3). No Brasil, especificamente, o último levantamento epidemiológico de saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde (4) confirma os achados internacionais, indicando que a saúde bucal do idoso é precária e caracterizada por perdas dentárias extensas, infecções e higiene bucal inadequada (5).

A condição bucal é uma parte integrante da saúde como um todo e é um fator importante para a qualidade de vida geral (6), definida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (7), e para qualidade de vida relacionada à saúde bucal, definida como "a ausência de impactos negativos da condição bucal na vida social e um sentido

positivo de autoconfiança da condição bucal” (8). Os problemas bucais também são importantes para qualidade de vida relacionada à saúde bucal, porque os resultados desta relação são vivenciados no cotidiano, trazendo impacto funcional, social e psicológico (9).

A tradição em epidemiologia bucal tem sido a de utilizar indicadores clínicos normativos para identificar fatores de risco, definir tipos de tratamento, avaliar prognóstico, identificar prevalência e incidência e avaliar políticas públicas. Com o desenvolvimento dos indicadores sócio-dentais, tornou-se possível a realização de um diagnóstico mais apurado das condições de saúde bucal, levando-se em conta a percepção do indivíduo (10). Dentre os diferentes instrumentos que a literatura cita para avaliar aspectos da condição bucal e qualidade de vida relacionada à saúde bucal, o Oral Health Impact Profile (OHIP-14) – Perfil do Impacto da Saúde Bucal (11), foi desenvolvido a partir da necessidade de se determinar o verdadeiro impacto dos problemas bucais na vida dos indivíduos (12).

De acordo com a literatura, existem mais estudos transversais (13-16) do que longitudinais (17) sobre os determinantes de uma pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal usando o OHIP em idosos. De modo geral, os achados destes estudos suportam que perda dental, edentulismo, a distribuição dos dentes nas arcadas dentais, problemas mastigatórios e próteses mal adaptadas impactam negativamente na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Buscas realizadas em bases de dados bibliográficos como o PUBMED e o SCIELO revelam poucos estudos avaliando a dinâmica de qualidade de vida sobre os fatores de risco que provocam mudanças positivas ou negativas na qualidade de vida relacionada à saúde bucal usando o OHIP (17). De acordo com a literatura pesquisada, não existem estudos longitudinais que analisam variáveis como a participação em grupos de idosos e tabagismo como possíveis fatores associados com mudanças na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Além disso, nenhum estudo foi encontrado utilizando um modelo teórico para analisar fatores associados com estas mudanças.

A hipótese deste estudo é que variáveis exógenas, determinantes primários de saúde, comportamentos de saúde bucal e condição bucal são os fatores determinantes das mudanças de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Portanto, o objetivo do presente estudo foi descrever as dinâmicas de mudanças de qualidade de vida relacionada à saúde bucal (melhora e piora) e avaliar os fatores determinantes destas mudanças em idosos do sul do Brasil.

## **MÉTODOS**

Este estudo faz parte de um estudo maior que foi realizado para avaliar a saúde bucal, saúde geral e qualidade de vida em idosos vivendo independentemente na cidade de Carlos Barbosa, Brasil.

### **População e Amostra**

#### **Linha de base**

No ano de 2004, os participantes foram selecionados aleatoriamente a partir do cadastro de pessoas com 60 anos ou mais do referido município. Vinte e dois idosos que viviam em um asilo foram considerados inelegíveis. Dos potenciais participantes identificados no município, 1 indivíduo mudou-se de Carlos Barbosa e 9 morreram antes do início da pesquisa. Não foi possível entrar em contato com mais 113 pessoas depois de tentar, pelo menos, três contatos telefônicos e de enviar uma carta. Novecentos e oitenta e três idosos foram contatados, dos quais 13 estavam acamados, em casa, 1 estava hospitalizado e 97 pessoas se recusaram a participar. Ao final 872 indivíduos aceitaram participar do estudo. Mais informações relativas à amostragem são apresentadas em outra publicação (18).

A representatividade dos participantes foi verificada a partir de dados sociais e demográficos da população de idosos de Carlos Barbosa. Não houve diferença significativa em

relação à idade, sexo, estado civil e localização geográfica da residência entre os participantes do estudo e da população de pessoas 60 anos ou mais de idade de Carlos Barbosa (18).

### **Seguimento**

Os participantes da linha de base foram novamente convidados a participar do estudo de seguimento após 4 anos, durante o ano de 2008. Participantes da linha de base que se mudaram da cidade, que passaram a residir em instituição de longa permanência, estavam hospitalizados, os que foram incapazes de responder ao questionário ou que não conseguiram se deslocar até os locais onde o estudo foi realizado foram excluídos do estudo. O falecimento de participantes da linha de base foi registrado para fins de análise de perdas durante o seguimento. Inicialmente, todos participantes da linha de base receberam uma carta contendo informações sobre a realização do seguimento e os mesmos foram contatados por telefone e convidados a participar.

Dos 872 indivíduos que participaram da linha de base, 68 morreram e 77 não foram localizados. Assim, foram contatados 727 participantes, dos quais 49 estiveram impossibilitados por razões de doença, 22 se mudaram de endereço e 69 se recusaram a participar. Ao final, foram avaliados neste estudo 587 indivíduos idosos moradores da cidade de Carlos Barbosa, RS, elegíveis para o estudo. Este estudo foi realizado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (protocolo n.258/07) e todos os participantes assinaram o termo de consentimento informado (Anexo I).

### **Medidas**

#### **Medidas da linha de base**

A coleta de dados compreendeu entrevistas conduzidas nas casas dos participantes ou em associações de bairro. Inicialmente, os participantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo e foram solicitados a assinar um termo de consentimento informado.

Uma auxiliar de pesquisa treinada pelos responsáveis pelo estudo leu todas as questões em voz alta e registrou as respostas fornecidas pelos participantes em questionários padronizados (Anexo II). Após a finalização dos questionários, foi marcada uma data para a realização dos exames bucais.

Os exames bucais foram realizados em consultórios dentários localizados nas unidades básicas de saúde do município. Todos os exames foram realizados por dois examinadores experientes e previamente treinados.

#### *Avaliação da Qualidade de Vida relacionada à Saúde Bucal*

Oral Health Impact Profile – OHIP-14 foi desenvolvido para fornecer uma mensuração abrangente de disfunção, desconforto e incapacidade atribuída à condição bucal. O questionário é constituído por 14 perguntas, duas para cada uma das sete dimensões do instrumento: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem. O questionário é respondido com uma escala do tipo Likert, com cinco opções que variam de "nunca" (0) até "sempre"(4) (Anexo IV). Oliveira e Nadanovsky (2005), concluíram que a versão brasileira do OHIP-14 tem propriedades psicométricas satisfatórias e similares ao instrumento original, configurando a sua validação para o idioma português brasileiro (21).

#### *Exames bucais*

O estado dental foi avaliado utilizando o índice CPOD, de acordo com critérios da Organização Mundial da Saúde (22). O número de dentes cariados, perdidos e obturados foi registrado para todos os dentes (Anexo V). A soma de dentes classificados como P (perdidos devido à cárie, periodontite ou outras razões) foi utilizada para calcular o número de dentes perdidos por participante e, conseqüentemente, o número de dentes por participante. O número de dentes foi categorizado levando em consideração o arco dental reduzido, formado por pelo menos

20 dentes, que foi caracterizado como aceitável do ponto de vista funcional (23). O número de dentes foi categorizado em: maior ou igual 20 dentes, 1-19 dentes e 0 dentes.

### **Seguimento**

Foram realizadas entrevistas com um questionário padronizado. Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e foram convidados a assinar o termo de consentimento informado. Em seguida os questionários foram distribuídos e aplicados com auxílio dos pesquisadores treinados. Os questionários foram realizados durante o ano de 2008.

#### Medidas do Seguimento

##### *Variáveis sócio-demográficas, comportamentos, história odontológica*

As informações sócio-demográficas e de comportamento incluíram idade (em anos, para fins de análises foi categorizada em quartis), renda familiar mensal (em salários mínimos, categorizada em  $\leq 1$  salário mínimo ou  $>1$  salário mínimo), escolaridade (em anos, categorizada  $<4$  anos de estudo ou  $\geq 4$  anos de estudo), etnia, sexo, estado civil (casado, divorciado, viúvo e solteiro, categorizado em casado ou não casado), localização da residência (zona urbana ou zona rural), e uso de cigarros (fumante de cigarros atual, categorizado em sim ou não). A história odontológica também foi auto-relatada, com perguntas sobre última visita ao dentista e o motivo da consulta, além de hábitos de auto-cuidados de higiene bucal. Os participantes responderam perguntas como: “Com que frequência você escova os dentes?” Com respostas categorizadas como: “uma vez por dia”, “duas vezes por dia” e “mais que duas vezes por dia”. Foram incluídas também questões sobre participação em grupos de terceira idade e perda dentária nos últimos quatro anos. A avaliação da participação em grupos de terceira idade foi verificada com a pergunta: “Você participa de algum grupo de terceira idade de sua comunidade, ou dos encontros de convivência de idosos de sua ou outra comunidade?”

##### *Avaliação da Qualidade de Vida relacionada à Saúde Bucal*

A avaliação do impacto da condição bucal na qualidade de vida relacionada à saúde bucal foi novamente avaliada por meio das 14 questões do questionário OHIP-14, com respostas classificadas por meio da escala Likert de 5 pontos.

## **ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Foram realizadas análises descritivas de todas as variáveis. As variáveis dicotômicas foram analisadas pelo teste de Qui-quadrado. A reprodutibilidade intra e inter examinador foi avaliada pelo coeficiente Kappa. A confiabilidade do questionário Ohip-14 foi testada por meio do coeficiente alfa de Cronbach.

Para esta análise, método dicotômico foi utilizado para quantificar as mudanças nas respostas do questionário OHIP-14:

1. A piora na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal foi definida como o número de impactos relatados no seguimento que não foram relatados na linha de base. Mudanças nas respostas, em pelo menos uma das questões do OHIP-14, de “Nunca”, “Quase Nunca” ou “Ocasionalmente” para “Algumas Vezes” ou “Sempre”, representou piora na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal.
2. A melhora na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal foi definida como o número de impactos na linha de base que não foram relatados no seguimento. Mudanças nas respostas, em pelo menos uma das questões do OHIP-14, de “Algumas Vezes” ou “Sempre” para “Nunca”, “Quase Nunca” ou “Ocasionalmente”, representou melhora na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

A fim de analisar os fatores associados com as mudanças na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal em idosos independentes, um modelo hierárquico utilizando o modelo teórico proposto por Andersen e Davidson (1997) (24) foi realizado. De acordo com este modelo, os determinantes primários de saúde bucal influenciam os comportamentos de saúde bucal, que são variáveis dependentes, que, por sua vez, influenciam os resultados de percepção de

saúde bucal. Neste estudo, algumas modificações foram introduzidas no modelo proposto por Andersen e Davidson, e todas as variáveis incluídas no modelo deste estudo podem ser observadas na figura 1 (Figura I).

Inicialmente, a abordagem hierarquizada constou de regressões de Poisson univariadas que foram realizadas a fim de verificar as medidas de efeito de cada variável estudada em relação aos desfechos estudados. Na seqüência, análise multivariada utilizando regressão de Poisson com variância robusta foi realizada no interior de cada nível. Para as análises subseqüentes, mantiveram-se aquelas variáveis que permaneceram associadas com os desfechos com  $p < 0,10$  após o ajuste para as variáveis do mesmo nível e para daquelas hierarquicamente superiores. Finalmente, apenas as variáveis que apresentaram  $p < 0,10$  foram adicionadas num modelo totalmente ajustado. No modelo totalmente ajustado foram consideradas significantes as associações com  $p < 0,05$ . As análises foram realizadas no software para análise estatística SPSS 16.0.

## **RESULTADOS**

Na linha de base, foram avaliados 872 indivíduos, e 587 (67,3%) participaram no seguimento após quatro anos. A média de idade da amostra estudada foi de 71,23 anos ( $\pm 6,58$ ), trezentos e oitenta e um (65,0%) participantes eram do sexo feminino e 50,0% dos idosos eram desdentados. Aproximadamente, 35,0% dos indivíduos relataram melhora e 31,7% dos indivíduos relataram piora na mudança da qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

As questões relacionadas com dor (“Você teve alguma dor em sua boca?”) e desconforto (“Você sentiu desconforto para comer alguma comida por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?”) apresentaram maior freqüência de acréscimo e decréscimo. Em relação ao acréscimo, a questão (“Sua alimentação foi insatisfatória por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?”) foi a terceira de maior freqüência, e para o decréscimo foi a questão (“Você se sentiu preocupado por causa de seus dentes, boca ou dentadura?”). Na tabela 1, são



apresentadas as distribuições de frequências de melhora e piora na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal das questões que compõe o OHIP-14.

Na linha de base, o nível de concordância intra e inter-examinadores (Kappa) para o CPO-D, antes do estudo variou entre 0,93 e 0,98, respectivamente. O coeficiente Kappa intra e inter-examinadores para o CPO-D variou de 0,97 e 1,00 durante o estudo, respectivamente. O coeficiente alfa de Cronbach da avaliação OHIP-14 da linha de base foi de 0,86 e no seguimento foi de 0,82.

As frequências das variáveis estudadas em relação à piora na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal são apresentadas na tabela 2. Na tabela 3, são apresentadas as frequências das variáveis estudadas em relação à melhora na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

#### Abordagem Hierárquica - Piora na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal

No primeiro nível de análise, as variáveis exógenas idade e sexo não foram significativamente associadas ao desfecho piora na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. No nível de determinantes primários de saúde bucal (segundo nível), apenas a localização da residência manteve-se associada com piora na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal, após o ajuste para os demais fatores dentro do mesmo nível e para as variáveis exógenas. Em relação aos fatores de comportamento de saúde bucal (terceiro nível), a variável frequência de escovação foi a única mantida no nível subsequente da análise hierárquica. As variáveis de estado de saúde bucal (quarto nível), perda dentária e número de dentes foram associadas como fatores de risco para o desfecho e permaneceram no nível subsequente da análise, após o ajuste para os demais fatores dos níveis hierárquicos anteriores (Tabela 4). No modelo hierárquico totalmente ajustado associaram-se significativamente com piora na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal: a localização da residência (zona rural), frequência de escovação (menor ou igual a 1 vez por dia) e número de dentes entre 1-19 dentes (Tabela 5).

### Abordagem Hierárquica- Melhora na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal

No nível das variáveis exógenas (primeiro nível), o sexo feminino foi associado ao desfecho melhora na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Nos níveis de comportamento de saúde bucal (terceiro nível) e estado de saúde bucal (quarto nível), nenhuma variável foi associada ao desfecho melhora na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal (Tabela 6). No modelo hierárquico totalmente ajustado, manteve-se associação entre sexo e renda e melhora na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal (Tabela 7).

## DISCUSSÃO

O presente estudo descreveu as dinâmicas de mudanças de qualidade de vida relacionada à saúde bucal e avaliou os fatores determinantes destas mudanças em idosos do sul do Brasil. Segundo os resultados deste estudo após quatro anos, 34,7 % dos indivíduos apresentaram melhora e 31,7% dos indivíduos apresentaram piora na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. No presente estudo, foram identificados como importantes fatores associados à piora na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal: a localização geográfica, frequência de escovação e número de dentes. Os fatores sexo feminino e renda menor ou igual a um salário mínimo foram associados à melhora na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

A abordagem com estrutura hierárquica de diferentes níveis, permitiu o controle dos fatores determinantes das mudanças de qualidade de vida relacionada à saúde bucal por variáveis de ordem distal e por fatores mais proximais. Assim, em cada nível determinaram-se as covariáveis mais fortemente associadas com os desfechos usando-se um nível de significância flexível ( $p < 0,10$ ) (25). A modelagem hierarquizada representa uma alternativa aos métodos tradicionais de análise e apresenta a grande vantagem de incluir uma série de variáveis exógenas (idade e sexo), determinantes primários de saúde bucal (localização da residência, estado civil, participação em grupo de idosos, renda e escolaridade), comportamentos de saúde bucal

(tabagismo, frequência de escovação e acesso ao serviço odontológico) e estado bucal (número de dentes).

Algumas limitações devem ser consideradas na interpretação dos resultados do presente estudo. A falta de associação entre algumas variáveis e os desfechos pode estar relacionada com a homogeneidade das características sócio-econômicas desta amostra. Além disso, a generalização dos resultados pode ser afetada por características da amostra, composta principalmente por brancos. Uma das dificuldades do método longitudinal é à possibilidade de perda de sujeitos. Neste estudo, a perda amostral pode ser explicada em virtude de alguns eventos como o falecimento, a ocorrência de doenças que tornaram os indivíduos impossibilitados de participarem e a dificuldade de localização dos mesmos após quatro anos. Estudos futuros que envolvam pesquisas qualitativas voltadas para o conhecimento dos aspectos envolvidos na percepção da qualidade de vida relacionada à saúde bucal, certamente, contribuirão para um melhor entendimento dos impactos da condição bucal na vida de idosos.

Assim, avaliações das mudanças na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal, por meio de mudanças de escores obtidos a partir da aplicação do OHIP-14 em diferentes momentos, podem representar ferramentas úteis no planejamento e avaliação do impacto de políticas públicas de saúde, na avaliação dos resultados de programas de saúde bucal, na identificação de necessidades e de fatores de risco à melhora ou piora na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kalache A. The world is ageing: a pact of social solidarity is an imperative. *Cien Saúde Colet* 2008;13:1107-11.
2. Brasil. Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/home/estatística/população/perfilidoso/perfilidosos2000.pdf>> Acesso em 13 de junho de 2009.
3. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33:81-92.
4. SB Brasil 2003. Condições de Saúde Bucal da população brasileira 2002. 2003. Disponível em: <[http://www.cfo.org.br/download/pdf/relatorio\\_sb\\_brasil\\_2003.pdf](http://www.cfo.org.br/download/pdf/relatorio_sb_brasil_2003.pdf)> Acesso em 28 de julho de 2009.
5. Hugo FN, Hilgert JB, de Sousa Mda L, da Silva DD, Pucca GA Jr. Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35:224-232.
6. Hugo FN, Hilgert JB, de Sousa Mda L, Cury JA. Oral status and its association with general quality of life in older independent-living south-Brazilians. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009;37:231-40.
7. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment: Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;10:1403-1409.
8. Atchison KA. Understanding the Quality in Quality Care and Quality of Life. In: Inglehart MR, Bagramian, RA. Oral Health-Related Quality of Life. USA: Quintessence Books, 2002; 13-29.
9. Locker D. Subjective oral health status indicators. *Community Dent. Health* 1997;27: 257-270.
10. Slade GD, Spencer AJ. Social impact of oral conditions among older adults. *Australian Dent* 1994;6:358-364.
11. Slade G.D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997;25:284-90
12. Castro Rde A, Portela MC, Leão AT. Cross-cultural adaptation of quality of life indices for oral health. *Cad. Saúde Pública* 2007;23:2275-2284.
13. Gagliardi DI, Slade GD, Sanders AE. Impact of dental care on oral health-related quality of life and treatment goals among elderly adults. *Aust Dent J.* 2008;53:26-33.
14. 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;36:85-94.

15. Biazevic MG, Michel-Crosato E, Iagher F, Pooter CE, Correa SL, Grasel CE. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. *Braz Oral Res* 2004;18:85-91.
16. Silva MESE, Vilaca EL, Magalhães CS, Ferreira EF. Impacto da perda dentaria na qualidade de vida. *Ciênc e Saúde Coletiva* 2007;12:1219-1219.
17. Slade GD. Assessing change in quality of life using the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998;26:52-61.
18. Hilgert JB, Hugo FN, de Sousa Mda L, Bozzetti MC. Oral status and its association with obesity in Southern Brazilian older people. *Gerodontology* 2009;26:46-52.
19. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33:307-14.
20. Organização Mundial da Saúde. Levantamentos Básicos em Saúde Bucal. São Paulo: Livraria e Editora Santos, 1999.
21. Agerberg G, Carlsson GE. Chewing ability in relation to dental and general health. Analyses of data obtained from a questionnaire. *Acta Odontol Scand* 1981; 39:147-53.
22. Andersen RM, Davidson PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Adv Dent Res* 1997;11:203-9.
23. Fuchs SC, Victora CG, Fachel J. Hierarchical model: a proposal for a model to be applied in the investigation of risk factors for severe diarrhea. *Rev Saude Publica* 1996 ;30:168-78.

**Tabela1.** Distribuição de frequência de melhora e piora na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal das questões que compõe o OHIP-14 (n=587).

|   |                  |                              |
|---|------------------|------------------------------|
| Q01- Você teve problema para pronunciar alguma palavra por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura. *(n=576)                     | Piora<br>Melhora | N=14 (2,4%)<br>N=32 (5,6%)   |
| Q02- Você sentiu que sua capacidade de sentir o gosto dos alimentos piorou por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura. *(n=576) | Piora<br>Melhora | N=28 (4,9%)<br>N=38 (6,6%)   |
| Q03- Você teve alguma dor em sua boca. *(n=574)   | Piora<br>Melhora | N=53 (9,2%)<br>N=75 (13,1%)  |
| Q04- Você sentiu desconforto para comer alguma comida por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura. *(n=574)                      | Piora<br>Melhora | N=70 (12,2%)<br>N=75 (13,1%) |
| Q05- Você se sentiu preocupado por causa de seus dentes, boca ou dentadura. *(n=573)  | Piora<br>Melhora | N=51 (8,9%)<br>N=60 (10,5%)  |
| Q06- Você se sentiu tenso por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura. *(n=573)  | Piora<br>Melhora | N=41 (7,2%)<br>N=47 (8,2%)   |
| Q07- Sua alimentação foi insatisfatória por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura. *(n=572)                                    | Piora<br>Melhora | N=57 (10,0%)<br>N=45 (7,9%)  |
| Q08- Você interrompeu suas refeições por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura. *(n=574)                                       | Piora<br>Melhora | N=25 (4,4%)<br>N=25 (4,4%)   |
| Q09- Você sentiu dificuldades para relaxar por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura. *(n=571)                                 | Piora<br>Melhora | N=24 (4,2%)<br>N=19 (3,3%)   |
| Q10- Você ficou envergonhado por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura. *(n=571)   | Piora<br>Melhora | N=11 (1,9%)<br>N=30 (5,3%)   |
| Q11- Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura. *(n=571)                                | Piora<br>Melhora | N=4 (0,7%)<br>N=11 (1,9%)    |
| Q12- Você sentiu dificuldade em realizar suas atividades habituais por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura. *(n=569)         | Piora<br>Melhora | N=2 (0,4%)<br>N=13 (2,3%)    |
| Q13- Você sentiu, no geral, que a vida é menos satisfatória por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura. *(n=570)                | Piora<br>Melhora | N=26 (4,6%)<br>N=37 (6,5%)   |
| Q14- Você esteve totalmente incapaz de realizar suas atividades por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura. *(n=570)            | Piora<br>Melhora | N=3 (0,5%)<br>N=3 (0,5%)     |

\* Número de indivíduos que responderam à questão.

**Tabela 2.** Análises Univariadas Piora na Percepção de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal.

| Variáveis                      | N*  |                                | Estável N(%) | Acréscimo N(%) | p     |
|--------------------------------|-----|--------------------------------|--------------|----------------|-------|
| Idade (quartis)                | 587 | 63-66                          | 106 (26,4)   | 47 (25,3)      | 0,306 |
|                                |     | 67-71                          | 103 (25,7)   | 37 (19,9)      |       |
|                                |     | 72-75                          | 97 (24,2)    | 56 (30,1)      |       |
|                                |     | >75                            | 95 (23,7)    | 46 (24,7)      |       |
| Sexo                           | 587 | Masculino                      | 140 (34,9)   | 65 (34,9)      | 0,994 |
|                                |     | Feminino                       | 261 (65,1)   | 121 (65,1)     |       |
| Localização Geográfica         | 587 | Urbana                         | 220 (54,9)   | 58 (31,2)      | 0,001 |
|                                |     | Rural                          | 181 (45,1)   | 128 (68,8)     |       |
| Participação em grupo          | 582 | Sim                            | 237 (59,2)   | 130 (71,4)     | 0,005 |
|                                |     | Não                            | 163 (40,8)   | 52 (28,6)      |       |
| Renda                          | 565 | Até 1 salário                  | 192 (49,4)   | 90 (51,1)      | 0,695 |
|                                |     | > 1 salário                    | 197 (50,6)   | 86 (48,9)      |       |
| Escolaridade                   | 580 | < 4 anos                       | 190 (47,7)   | 85 (46,7)      | 0,817 |
|                                |     | ≥ 4 anos                       | 208 (52,3)   | 97 (53,3)      |       |
| Estado Civil                   | 582 | Casado                         | 261 (65,6)   | 119 (64,7)     | 0,831 |
|                                |     | Não Casado                     | 137 (34,4)   | 65 (35,3)      |       |
| Fumante                        | 584 | Sim                            | 23 (5,7)     | 9 (4,9)        | 0,687 |
|                                |     | Não                            | 378 (94,3)   | 174 (95,1)     |       |
| Frequência de Escovação        | 584 | 1 vez ao dia                   | 71 (17,7)    | 48 (26,2)      | 0,044 |
|                                |     | 2 vezes ao dia                 | 165 (41,1)   | 73 (39,9)      |       |
|                                |     | >2 vezes ao dia                | 165 (41,1)   | 62 (33,9)      |       |
| Acesso ao Serviço Odontológico | 581 | Quando tem problema            | 229 (57,5)   | 111(60,7)      | 0,654 |
|                                |     | Ocasionalmente ou Regularmente | 43 (10,8)    | 21 (11,5)      |       |
|                                |     | Nunca                          | 126 (31,7)   | 51 (27,9)      |       |
| Número de Dentes               | 546 | ≥ 20 Dentes                    | 34 (9,2)     | 7 (4,0)        | 0,060 |
|                                |     | 1-19 Dentes                    | 149 (40,4)   | 83 (46,9)      |       |
|                                |     | 0 Dentes                       | 186 (50,4)   | 87 (49,2)      |       |

\* Número de indivíduos que responderam à questão.

**Tabela3.** Análises Univariadas Melhora na Percepção de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal.

| Variáveis                      | N*  |                                | Estável N (%) | Decréscimo N(%) | p     |
|--------------------------------|-----|--------------------------------|---------------|-----------------|-------|
| Idade (quartis)                | 587 | 63-66                          | 97 (25,3)     | 56 (27,5)       | 0,313 |
|                                |     | 67-71                          | 84 (21,9)     | 56 (27,5)       |       |
|                                |     | 72-75                          | 104 (27,2)    | 49 (24,0)       |       |
|                                |     | >75                            | 98 (25,6)     | 43 (21,1)       |       |
| Sexo                           | 587 | Masculino                      | 144 (37,6)    | 61 (29,9)       | 0,063 |
|                                |     | Feminino                       | 239 (62,4)    | 143 (70,1)      |       |
| Localização Geográfica         | 587 | Urbana                         | 187 (48,8)    | 91 (44,6)       | 0,330 |
|                                |     | Rural                          | 196 (51,2)    | 113 (55,4)      |       |
| Participação em grupo          | 582 | Sim                            | 233 (61,0)    | 134 (67,0)      | 0,154 |
|                                |     | Não                            | 149 (39,0)    | 66 (33,0)       |       |
| Renda                          | 565 | Até 1 salário                  | 169 (46,3)    | 113 (56,5)      | 0,020 |
|                                |     | > 1 salário                    | 196 (53,7)    | 87 (43,5)       |       |
| Escolaridade                   | 580 | < 4 anos                       | 170 (44,9)    | 105 (52,2)      | 0,090 |
|                                |     | ≥ 4 anos                       | 209 (55,1)    | 96 (47,8)       |       |
| Estado Civil                   | 582 | Casado                         | 247 (64,8)    | 133 (66,2)      | 0,747 |
|                                |     | Não Casado                     | 134 (35,2)    | 68 (33,8)       |       |
| Fumante                        | 584 | Sim                            | 19 (5,0)      | 13 (6,4)        | 0,474 |
|                                |     | Não                            | 362 (95,5)    | 190 (93,6)      |       |
| Frequência de Escovação        | 584 | 1 vez ao dia                   | 77 (20,2)     | 42 (20,7)       | 0,944 |
|                                |     | 2 vezes ao dia                 | 154 (40,4)    | 84 (41,4)       |       |
|                                |     | > 2 vezes ao dia               | 150 (39,4)    | 77 (37,9)       |       |
| Acesso ao Serviço Odontológico | 581 | Quando tem problema            | 223 (58,7)    | 117 (58,2)      | 0,917 |
|                                |     | Ocasionalmente ou Regularmente | 43 (11,3)     | 21 (10,4)       |       |
|                                |     | Nunca                          | 114 (30,0)    | 63 (31,3)       |       |
| Número de Dentes               | 546 | ≥ 20 Dentes                    | 32 (8,80)     | 9 (4,90)        | 0,086 |
|                                |     | 1-19 Dentes                    | 160 (44,1)    | 72 (39,3)       |       |
|                                |     | 0 Dentes                       | 171 (47,1)    | 102 (55,7)      |       |

\* Número de indivíduos que responderam à questão.



**Tabela4.** Análise Hierárquica-Piora na Percepção de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal.

| Nível       |                        |                      | RR bruto<br>(IC de 95%) | p        | RR ajustado<br>(IC de 95%) | p                  | RR ajustado<br>(IC de 95%) | p    |                    |      |
|-------------|------------------------|----------------------|-------------------------|----------|----------------------------|--------------------|----------------------------|------|--------------------|------|
| 1°          | Idade                  | 63-66 anos           | 1,00                    |          | 1,00                       |                    |                            |      |                    |      |
|             |                        | 67-71 anos           | 0,86 (0,6 a 1,24)       | 0,42     | 0,86 (0,6 a 1,24)          | 0,42               |                            |      |                    |      |
|             |                        | 72-75 anos           | 1,19 (0,87 a 1,63)      | 0,28     | 1,19 (0,87 a 1,63)         | 0,28               |                            |      |                    |      |
|             |                        | >75 anos             | 1,06 (0,76 a 1,49)      | 0,73     | 1,06 (0,76 a 1,49)         | 0,73               |                            |      |                    |      |
| Nível       | Sexo                   | Masculino            | 1,00                    |          | 1,00                       |                    |                            |      |                    |      |
|             |                        | Feminino             | 1,0 (0,78 a 1,28)       | 0,99     | 1,0 (0,78 a 1,28)          | 0,98               |                            |      |                    |      |
| 2°          | Zona                   | Urbana               | 1,00                    |          | 1,00                       |                    | 1,00                       |      |                    |      |
|             |                        | Rural                | 1,98 (1,52 a 2,58)      | 0,01     | 2,09 (1,54 a 2,84)         | 0,01               | 2,07 (1,52 a 2,80)         | 0,01 |                    |      |
| Nível       | Participação em grupos | Sim                  | 1,00                    |          | 1,00                       |                    | 1,00                       |      |                    |      |
|             |                        | Não                  | 0,68 (0,52 a 0,9)       | 0,01     | 0,86 (0,63 a 1,17)         | 0,34               | 0,85 (0,62 a 1,15)         | 0,29 |                    |      |
|             |                        | >1 salário           | 1,00                    |          | 1,00                       |                    | 1,00                       |      |                    |      |
|             |                        | =<1 salário          | 1,05 (0,82 a 1,34)      | 0,69     | 0,96 (0,75 a 1,23)         | 0,76               | 0,93 (0,72 a 1,20)         | 0,60 |                    |      |
| Nível       | Escolaridade           | =>4 anos             | 1,00                    |          | 1,00                       |                    | 1,00                       |      |                    |      |
|             |                        | <4 anos              | 0,97 (0,76 a 1,24)      | 0,81     | 1,04 (0,81 a 1,33)         | 0,76               | 1,05 (0,82 a 1,35)         | 0,70 |                    |      |
|             |                        | Estado civil         | Casado                  | 1,00     |                            | 1,00               |                            | 1,00 |                    |      |
| 3°          | Tabagismo              | Não                  | 1,00                    |          | 1,00                       |                    | 1,00                       |      |                    |      |
|             |                        | Sim                  | 1,12 (0,63 a 1,98)      | 0,69     | 1,11 (0,62 a 1,98)         | 0,73               | 0,93 (0,53 a 1,65)         | 0,82 |                    |      |
|             |                        | Nível                | Frequência de escovação | =>2x/dia | 1,00                       |                    | 1,00                       |      | 1,00               |      |
|             |                        |                      |                         | 2x/dia   | 1,12 (0,84 a 1,49)         | 0,43               | 1,15 (0,86 a 1,53)         | 0,35 | 1,21 (0,90 a 1,63) | 0,20 |
| Nível       | Visita ao dentista     | =<1x/dia             | 1,48 (1,09 a 2,0)       | 0,01     | 1,52 (1,11 a 2,08)         | 0,01               | 1,43 (1,03 a 1,98)         | 0,03 |                    |      |
|             |                        | Ocasional ou Regular | 1,00                    |          | 1,00                       |                    | 1,00                       |      |                    |      |
|             |                        | Quando tem problema  | 1,00 (0,68 a 1,46)      | 0,98     | 1,01 (0,68 a 1,49)         | 0,95               | 1,01 (0,65 a 1,55)         | 0,95 |                    |      |
|             |                        | Nunca                | 0,88 (0,58 a 1,34)      | 0,54     | 0,84 (0,55 a 1,29)         | 0,42               | 0,73 (0,46 a 1,18)         | 0,20 |                    |      |
| 4           | Nível                  | Número de dentes     | =>20 dentes             | 1,00     |                            |                    | 1,00                       |      |                    |      |
| 1-19 dentes |                        |                      | 2,09 (1,04 a 4,20)      | 0,04     |                            | 2,71 (1,15 a 6,40) | 0,02                       |      |                    |      |
| Desdentado  |                        |                      | 1,87 (0,93 a 3,75)      | 0,08     |                            | 2,53 (1,07 a 6,34) | 0,04                       |      |                    |      |

RR Bruto: Risco Relativo bruto, RR Ajustado: Risco Relativo Ajustado para variáveis de mesmo nível e RR Ajustado para variáveis de níveis anteriores

**Tabela5.** Modelo Hierárquico Totalmente Ajustado Piora na Percepção de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal.

|                         |             | RR ajustado (IC de 95%) | p     |
|-------------------------|-------------|-------------------------|-------|
| Localização Geográfica  | Urbana      | 1,00                    |       |
|                         | Rural       | 1,78 (1,35 a 2,34)      | 0,001 |
| Frequência de escovação | =>2x/dia    | 1,00                    |       |
|                         | 2x/dia      | 1,11 (0,82 a 1,46)      | 0,51  |
|                         | =<1x/dia    | 1,44 (1,07 a 1,95)      | 0,01  |
| Número de dentes        | =>20 dentes | 1,00                    |       |
|                         | 1-19 dentes | 2,12 (1,05 a 4,29)      | 0,03  |
|                         | Desdentado  | 1,83 (0,90 a 3,72)      | 0,09  |

RR Ajustado: Risco Relativo Ajustado para as variáveis.

**Tabela6.** Análise Hierárquica-Melhora na Percepção de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal.

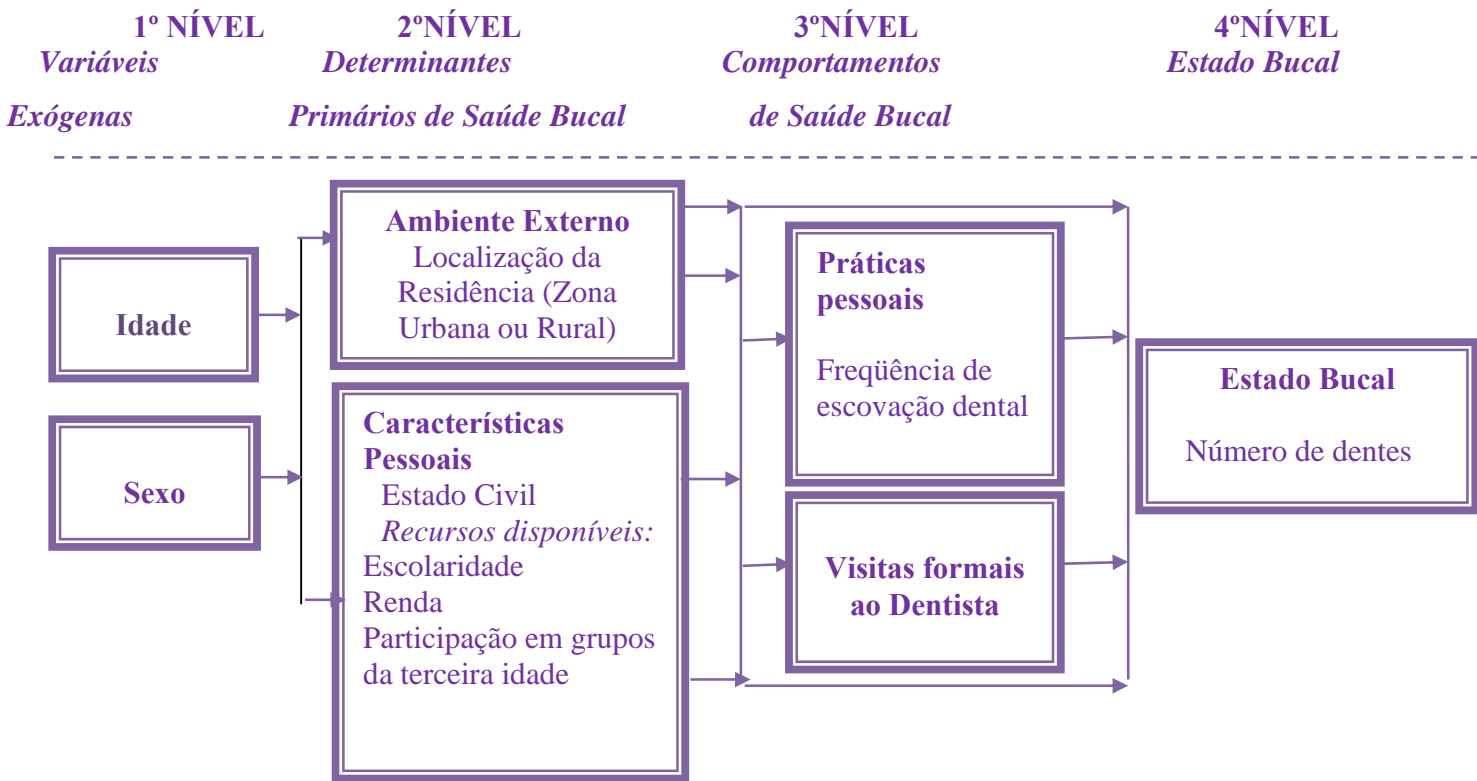
| Nível |                            |                         | RR bruto<br>(IC de 95%) | p    | RR ajustado<br>(IC de 95%) | p    | RR ajustado<br>(IC de 95%) | p    |
|-------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|------|----------------------------|------|----------------------------|------|
|       | Idade                      | 63-66 anos              | 1,00                    |      | 1,00                       |      |                            |      |
| 1°    |                            | 67-71 anos              | 1,10 (0,81 a 1,46)      | 0,55 | 1,11 (0,83 a 1,50)         | 0,47 |                            |      |
|       |                            | 72-75 anos              | 0,87 (0,64 a 1,20)      | 0,40 | 0,88 (0,65 a 1,20)         | 0,43 |                            |      |
|       |                            | >75 anos                | 0,83 (0,60 a 1,15)      | 0,27 | 0,85 (0,61 a 1,17)         | 0,33 |                            |      |
|       | Sexo                       | Masculino               | 1,00                    |      | 1,00                       |      |                            |      |
| Nível |                            | Feminino                | 1,25 (0,98 a 1,61)      | 0,07 | 1,25 (0,98 a 1,60)         | 0,07 |                            |      |
|       | Zona                       | Urbana                  | 1,00                    |      | 1,00                       |      | 1,00                       |      |
| 2°    |                            | Rural                   | 1,11 (0,90 a 1,40)      | 0,33 | 1,03 (0,80 a 1,31)         | 0,83 | 1,04 (0,81 a 1,33)         | 0,71 |
|       | Participação<br>em grupos  | Sim                     | 1,00                    |      | 1,00                       |      | 1,00                       |      |
|       |                            | Não                     | 0,84 (0,66 a 1,07)      | 0,16 | 0,81 (0,62 a 1,06)         | 0,14 | 0,84 (0,64 a 1,10)         | 0,20 |
| Nível | Renda                      | >1 salário              | 1,00                    |      | 1,00                       |      | 1,00                       |      |
|       |                            | =<1 salário             | 1,30 (1,04 a 1,63)      | 0,02 | 1,21 (0,96 a 1,53)         | 0,10 | 1,22 (0,96 a 1,56)         | 0,09 |
|       | Escolaridade               | =>4 anos                | 1,00                    |      | 1,00                       |      | 1,00                       |      |
|       |                            | <4 anos                 | 1,21 (0,97 a 1,51)      | 0,09 | 1,20 (0,95 a 1,51)         | 0,11 | 1,22 (0,97 a 1,54)         | 0,08 |
|       | Estado civil               | Casado                  | 1,00                    |      | 1,00                       |      | 1,00                       |      |
|       |                            | Não casado              | 0,96 (0,76 a 1,21)      | 0,75 | 0,96 (0,75 a 1,24)         | 0,80 | 0,97 (0,74 a 1,28)         | 0,87 |
|       | Tabagismo                  | Não                     | 1,00                    |      | 1,00                       |      | 1,00                       |      |
|       |                            | Sim                     | 0,84 (0,55 a 1,30)      | 0,45 | 0,85 (0,55 a 1,32)         | 0,48 | 0,82 (0,50 a 1,34)         | 0,44 |
| 3°    | Frequência<br>de escovação | =>2x/dia                | 1,00                    |      | 1,00                       |      | 1,00                       |      |
| Nível |                            | 2x/dia                  | 1,04 (0,81 a 1,33)      | 0,75 | 1,03 (0,80 a 1,32)         | 0,81 | 1,01 (0,78 a 1,31)         | 0,90 |
|       |                            | =<1x/dia                | 1,04 (0,77 a 1,41)      | 0,80 | 1,03 (0,75 a 1,40)         | 0,85 | 1,14 (0,81 a 1,58)         | 0,45 |
|       | Visita ao<br>dentista      | Ocasional<br>ou Regular | 1,00                    |      | 1,00                       |      | 1,00                       |      |
|       |                            | Quando tem<br>problema  | 1,04 (0,71 a 1,53)      | 0,80 | 1,02 (0,70 a 1,50)         | 0,90 | 1,05 (0,71 a 1,55)         | 0,78 |
|       |                            | Nunca                   | 1,10 (0,72 a 1,62)      | 0,70 | 1,06 (0,71 a 1,50)         | 0,76 | 1,01 (0,66 a 1,55)         | 0,93 |
| 4     | Número de<br>dentes        | =>20 dentes             | 1,00                    |      |                            |      | 1,00                       |      |
| Nível |                            | 1-19 dentes             | 1,41 (0,77 a 2,60)      | 0,26 |                            |      | 1,31 (0,70 a 2,45)         | 0,40 |
|       |                            | Desdentado              | 1,70 (0,93 a 3,09)      | 0,08 |                            |      | 1,60 (0,83 a 3,07)         | 0,15 |

RR Bruto: Risco Relativo bruto, RR Ajustado: Risco Relativo Ajustado para variáveis de mesmo nível e RR Ajustado para variáveis de níveis anteriores

**Tabela7.** Modelo Hierárquico Totalmente Ajustado Melhora na Percepção de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal.

|              |             | RR ajustado (IC de 95%) | p    |
|--------------|-------------|-------------------------|------|
| Sexo         | Masculino   | 1,00                    |      |
|              | Feminino    | 1,25 (0,98 a 1,60)      | 0,05 |
| Renda        | >1 salário  | 1,00                    |      |
|              | =<1 salário | 1,26 (1,00 a 1,58)      | 0,04 |
| Escolaridade | =>4 anos    | 1,00                    |      |
|              | <4 anos     | 1,17 (0,93 a 1,56)      | 0,16 |

RR Ajustado: Risco Relativo Ajustado para as variáveis.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

O presente estudo foi desenvolvido para descrever as dinâmicas de mudanças de qualidade de vida relacionada à saúde bucal (melhora e piora) e avaliar os fatores determinantes destas mudanças em idosos do sul do Brasil. A percepção de qualidade de vida é um conceito multidimensional que reflete a experiência subjetiva dos indivíduos sobre o seu bem-estar funcional, social e psicológico. Análises longitudinais possibilitam um melhor entendimento das interações entre a percepção da saúde bucal e o ambiente externo, as características individuais, o comportamento relacionado à saúde, as condições objetivas e subjetivas de saúde serão possíveis mediante o fortalecimento de bases conceituais.

Na linha de base, foram avaliados 872 indivíduos, e 587 (67,3%) participaram no seguimento após quatro anos. Aproximadamente, 35,0% dos indivíduos relataram melhora e 31,7% dos indivíduos relataram piora na mudança da qualidade de vida relacionada à saúde bucal. As questões relacionadas com dor e desconforto foram as que apresentaram maior frequência de acréscimo e decréscimo.

A fim de analisar os fatores associados com as mudanças na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal em idosos independentes, um modelo hierárquico utilizando o modelo teórico proposto por Andersen e Davidson (1997) foi realizado. No modelo hierárquico totalmente ajustado associaram-se significativamente com piora na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal: a localização geográfica (zona rural), frequência de escovação (menor ou igual a 1 vez por dia) e número de dentes entre 1-19 dentes. No modelo hierárquico totalmente ajustado, manteve-se associação entre sexo feminino e renda menor ou igual a um salário. Fatores como adaptação do indivíduo e resiliência podem desempenhar um papel relevante para manutenção de uma boa qualidade de vida, mesmo na presença de doenças e incapacidades.

Estudos futuros que envolvam pesquisas qualitativas voltadas para o conhecimento dos aspectos envolvidos na percepção da qualidade de vida relacionada à saúde bucal, certamente, contribuirão para um melhor entendimento dos impactos da condição bucal na vida de idosos. Faz-se necessário, no campo da Saúde Pública, que um novo olhar esteja voltado para esta temática, visto que existe a urgência de ações, não apenas curativas, mas principalmente preventivas, a fim de que o envelhecimento possa ser encarado de forma positiva, atrelando-o à boa qualidade de vida. Assim, avaliações das mudanças na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal, por meio de mudanças de escores obtidos a partir da aplicação do OHIP-14 em diferentes momentos, podem representar ferramentas úteis no planejamento e avaliação do impacto de políticas públicas de saúde, na avaliação dos resultados de programas de saúde bucal, na identificação de necessidades e de fatores de risco à melhora ou piora na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

ALBRECHT, G.L., DEVLIEGER, P.J. The disability paradox: high quality of life against all odds. *Soc Sci Med*, v.48, no.8, p.977-988, Apr 1999.

ALMEIDA, A., LOUREIRO, C.A., ARAÚJO, V.E. Tradução transcultural do indicador de necessidade percebida perfil do impacto de saúde bucal (OHIP). *Rev CROMG.*, v.7, no.1, p.10-15, 2007.

ATCHISON, K.A. The general oral health assessment index. *Community Dent Oral Epidem*, v.24, p.385-389, 1990.

\_\_\_\_\_. Understanding the Quality in Quality Care and Quality of Life. In: Inglehart MR, Bagramian, RA. **Oral Health-Related Quality of Life**. USA: Quintessence Books, 2002; 13-29.

BARBATO, P.R. et al. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços. *Cad. Saúde Pública*, v.23, no.8, p.1803-1814, 2007.

BIAZEVIC, M.G, et al. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. *Braz Oral Res*, v.18, p.85-91, 2004.

BRONDANI, M.A. et al. Using written vignettes in focus groups among older adults to discuss oral health as a sensitive topic. *Qual Health Res*, v.18, no.8, p.1145-53, Aug 2008.

BURNS, A., LAWLOR, B., CRAIG, S. Rating scales in old age psychiatry. *Brit J Psychiatry*, v.180, p.161-167, 2002.

CARVALHO, J. A. M., GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública*, v.19, no.3, p.725-733, 2003.

CARVALHO, C.L, MARTINS, E.M. **O significado da saúde e da doença na sociedade**. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, v.1, p.91-114, 1998.



CHAIMOWICZ, F., FERREIRA, T.J.X.M., MIGUEL, D.F.A. Use of psychoactive drugs and falls among older people living in a community in Brazil. **Rev Saúde Pública**, v.34, p.631-5, 2000.

COLUSSI, C. F., DE FREITAS, S. F. T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.18, p.1313-1320, 2002.

DINAKEL, B. et al. Associação entre percepção de saúde bucal e indicadores clínicos e subjetivos: estudo em adultos de um grupo de educação continuada da terceira idade. **Ci. Biol. Saúde**, v.9, no.3, p.55-65, Set 2003.

GAGLIARDI, D.I, SLADE, G.D, SANDERS, A.E. Impact of dental care on oral health-related quality of life and treatment goals among elderly adults. **Aust Dent J.**, v.53, p.26-33, 2008.

GALLEGOS-CARRILLO, K. et al. Social networks and health-related quality of life: a population based study among older adults. **Salud Publica Mex**, v.51, no.1, p.6-13, 2009.

HEBLING, E., PEREIRA, A.C. Oral health-related quality of life: a critical appraisal of assessment tools used in elderly people. **Gerodontology**, v.24, no.3, p.151-61, 2007.

HIRAMATSU, D.A., TOMITA, N.E., FRANCO, L.J. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, no.4, p.1051-1056, 2007.

HUGO, F. N. et al. Oral health behaviour and socio-demographic profile of subjects with Alzheimer's disease as reported by their family caregivers. **Gerodontology**, v. 24, p. 36–40, 2007.

HUNG, H.C, COLDITZ, G, JOSHIPURA, K.J. The association between tooth loss and the self-reported intake of selected CVD-related nutrients and foods among US women. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.33, p.167-73, 2005.

KALACHE, K., VERAS, RP., RAMOS, LR. O envelhecimento da população mundial: um novo desafio. **Rev. Saúde Pública**, v.21, p.200-210, 1987.

LEÃO, A., SHEIHAM, A. Relationship between clinical dental status and subjective impacts on daily living. **J dent Res**, v.74, p.1408-1413, 1995.

LOCKER, D. Measuring oral health: a conceptual framework. **Community Dent Health**, v.5, p.3-18, 1988.

LOCKER, D. Subjective oral health status indicators. **Community Dent. Health**, v.27, no.3, p.257-270, 1997.

LOCKER, D., JOKOVIC, A. Three-year changes in selfperceived oral health status in an older Canadian population. **J Dent Res**, v.76, p.1297-7, 1997.

MARIÑO, R., et al. Self-reported and clinically determined oral health status predictors for quality of life in dentate older migrant adults. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.36, p.85-94, 2008.

MARTINS, A.M.E.B.L., BARRETO, S.M., PORDEUS, I.A. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. **Cad. Saúde Pública**, v.25, no.2, p.421-435, 2009.

MOJON, P. et al. Effects of an oral health program on selected clinical parameters and salivary bacteria in a long-term care facility. **European Journal of Oral Sciences**, v.106, no.4, p.827-834, Apr 1998.

NITSCHKE, I., MÜLLER, F. The impact of oral health on the quality of life in the elderly. **Oral Health Prev. Dent.**, v.2, p.271-275, 2004.

OLIVEIRA, B.H, NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.33, p.307-314, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Levantamentos Básicos em Saúde Bucal**. São Paulo: Livraria e Editora Santos, 1999.

PADILHA, D. M. P. et al. Odontogeriatrics na universidade: Para não perder tempo. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v.39, p.14-16, 1998.

PADILHA, D.M.P, HILGERT, J.B, HUGO, F.N. Saúde Bucal Em:Freitas, E.V. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p.1189-1197.

PALLEGEDARA, C., EKANAYAKE, L. Tooth loss, the wearing of dentures and associated factors. **Gerodontology**, v.22, p.193-199, 2005.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. Em: E. V. Freitas, L.Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M.Gorzoni & S. M. Rocha. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.79-84.

\_\_\_\_\_. Qualidade de Vida ao Idoso:Construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico(tese).São Paulo: Faculdade de Medicina,Universidade de São Paulo,2004.Disponível em :[www.biblioteca.fm.usp.br/teses](http://www.biblioteca.fm.usp.br/teses).Acesso em 12 de julho de 2009.

PETERSEN, P.E. The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21<sup>st</sup> century – the approach of the WHO Oral Health Programme. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.31, p.3-24, 2003.

PINTO, V.G. **Epidemiologia das doenças bucais no Brasil**. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

PINTO, V.G. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Santos, 2000.

PORTILLO, J.A.C., PAES, A.M.C. Autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde bucal. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, v.1, no.1, p.75-88, 2000.

SEIDL, E.M.F., ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, p.580-588, 2004.

SILVA, M.E.S.E, et al. Impacto da perda dentaria na qualidade de vida. **Ciênc e Saúde Coletiva**, v.12, p.1219-1219, 2007.

SILVA, S.R.C., FERNANDES, R.A.C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Revista Saúde Pública**, v.35, no.4, p.01-10, 2001.

SLADE, G.D, et al. The oral health status and treatment needs of adults aged 65+ living independently in Ottawa-Carleton.Can. **J. Public Health**, v.81, p.114-119, 1990.

SLADE, G.D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.25, p.284-90, 1997.

SLADE, G.D. Assessing change in quality of life using the oral health impact profile. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.26, p.52-61, 1998.

SLADE, G.D., SPENCER, A.J. Social impact of oral conditions among older adults. **Australian Dent**, v.6, p.358-364, 1994.

STEELE, J.G. et al. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.32, no.2, p.107-14, Apr 2004.

The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment: Position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, v.10, no.41, p.1403-1409, 1995.

TSAKOS, G., GHERUNPONG, S., SHEIHAM, A. Can oral health-related quality of life measures substitute for normative needs assessments in 11 to 12-year-old children? **J Public Health Dent**, v.66, no.4, p.263-268, Fall 2006.

VARGAS, A. M. D. , PAIXÃO, H. H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista ,em Belo Horizonte.**Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, no.40, p.1015-1024, 2005.

VECHIA, R.D. et al. Qualidade de vida na Terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev Bras Epidemiol**, v.8, no.3, p.246-252, 2005.

VERAS, R.P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro:: Relume Dumará, 1994.

WARREN, J.J. et al. Tooth loss in the very old: 13-15-year incidence among elderly Iowans. **Community Dent and Oral Epidemiol**, v.30, no.6, p.29-37, Feb 2002.

WONG, M.C, LO, E.C, MCMILLAN, A.S. Validation of a Chinese version of the Oral Health Impact profile (OHIP).**Community Dent Oral Epidemiol**, v.30, p.423-30, 2002.

ANEXOS

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS VOLUNTÁRIOS DA PESQUISA**

I- O objetivo deste estudo é descrever as dinâmicas de mudanças de qualidade de vida relacionada à saúde bucal (melhora e piora) e avaliar os fatores determinantes destas mudanças em idosos independentes residentes na cidade de Carlos Barbosa, RS, utilizando questionários e exames clínicos.

II- Os participantes deste estudo responderão a questionários com perguntas sobre saúde bucal, depressão e qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Os dentistas responsáveis pelo estudo vão explicar como está a situação da boca de todos os que forem examinados, e os dados obtidos com a realização do estudo vão servir como base para atividades educativas para a comunidade.

III- Todos aqueles que necessitarem de atendimentos de urgência e os que manifestarem interesse em ser atendidos devido a problemas bucais serão encaminhados para as unidades de atenção básica do município de Carlos Barbosa. As informações obtidas da realização desse estudo servirão de base para elaboração de programas para os idosos.

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e obrigação, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos a que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios do presente projeto de pesquisa, todos acima citados.

Fui igualmente informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação do meu cuidado e tratamento;
- da segurança que não serei identificado, e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo;

Pesquisador Responsável por esse projeto é Dalva Maria Padilha, fone 51-99648321, tendo este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade de Odontologia da UFRGS em 10 / 04 / 2008.

Para qualquer esclarecimento ou dúvidas, antes e durante a pesquisa, entre em contato com os pesquisadores: Camila Mello dos Santos (51) 84534678, Aline Blaya (51) 93550933, Renato De Marchi (51) 91756396, Dalva Maria Padilha (51) 99648321, .

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que, após ler as informações acima e estar suficientemente esclarecido(a) estou plenamente de acordo com a realização do estudo. Assim, garanto minha colaboração e autorizo a minha participação, sendo responsável por ela.

DATA:

ASSINATURA: \_\_\_\_\_.

R.G: \_\_\_\_\_.

Atenção: A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Endereço: Av Ramiro Barcelos, 2492, CEP 90035-130, Bom Fim, PORTO ALEGRE, RS.

Nome: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Examinador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

### SOBRE ASPECTOS GERAIS

1. Quando você nasceu? \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ /19 \_\_\_ \_\_\_.

2. Qual seu sexo?

- a) Masculino.                      b) Feminino.

3. Qual sua raça? \_\_\_\_\_.

4. Qual seu estado civil?

- a) Solteiro.  
b) Casado.  
c) Separado.  
d) Viúvo.  
e) Outro.

5. Você fuma cigarros atualmente?

- a) Sim.                                  b) Não.

6. Até que ponto (série) você estudou? Anos de Estudo: \_\_\_\_\_

- a) Menos que a quarta série.  
b) Completou a quarta série.  
c) Menos que a oitava série.  
d) Completou a oitava série.  
e) Menos que o Ensino secundário.  
f) Completou o Ensino secundário.  
g) Ensino Superior incompleto.  
h) Ensino Superior completo.  
i) Pós-graduação.





## OHIP-14

## Oral Health Impact Profile

|    | Questão   | Nunca | Quase Nunca | Ocasionalmente | Algumas vezes | Sempre |
|----|---|-------|-------------|----------------|---------------|--------|
| 1  | Você teve problema para pronunciar alguma palavra por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?                     | 0     | 1           | 2              | 3             | 4      |
| 2  | Você sentiu que sua capacidade de sentir o gosto dos alimentos piorou por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura? | 0     | 1           | 2              | 3             | 4      |
| 3  | Você teve alguma dor em sua boca?   | 0     | 1           | 2              | 3             | 4      |
| 4  | Você sentiu desconforto para comer alguma comida por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?                      | 0     | 1           | 2              | 3             | 4      |
| 5  | Você se sentiu preocupado por causa de seus dentes, boca ou dentadura?  | 0     | 1           | 2              | 3             | 4      |
| 6  | Você se sentiu tenso por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?  | 0     | 1           | 2              | 3             | 4      |
| 7  | Sua alimentação foi insatisfatória por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?                                    | 0     | 1           | 2              | 3             | 4      |
| 8  | Você interrompeu suas refeições por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?                                       | 0     | 1           | 2              | 3             | 4      |
| 9  | Você sentiu dificuldades para relaxar por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?                                 | 0     | 1           | 2              | 3             | 4      |
| 10 | Você ficou envergonhado por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?   | 0     | 1           | 2              | 3             | 4      |
| 11 | Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?                                | 0     | 1           | 2              | 3             | 4      |
| 12 | Você sentiu dificuldade em realizar suas atividades habituais por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?         | 0     | 1           | 2              | 3             | 4      |
| 13 | Você sentiu, no geral, que a vida é menos satisfatória por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?                | 0     | 1           | 2              | 3             | 4      |
| 14 | Você esteve totalmente incapaz de realizar suas atividades por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?            | 0     | 1           | 2              | 3             | 4      |

## Ficha Clínica

Nome: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Examinador: \_\_\_\_\_

**ÍNDICE CPOD**

|       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|       | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| Coroa |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Raiz  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|       | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| Coroa |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Raiz  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

Coroa/raiz hígida (0); Coroa/raiz cariada (1); Coroa/raiz restaurada com cárie (2); Coroa/raiz restaurada sem cárie (3); Dente ausente como resultado de cárie (4); Dente ausente por qualquer outra razão (5); Selante de fissura (6); Dente suporte de prótese, coroa protética ou faceta (7); Coroa não erupcionada (8); Traumatismo (T); Não registrado (9).