

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA
MESTRADO PROFISSIONAL EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA

ANDERSON MEDEIROS DAMASCENO

**QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE BUCAL E AUTOPERCEPÇÃO DE
SAÚDE BUCAL EM UMA AMOSTRA DE IDOSOS**

VITÓRIA
2010

ANDERSON MEDEIROS DAMASCENO

**QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE BUCAL E AUTOPERCEPÇÃO DE
SAÚDE BUCAL EM UMA AMOSTRA DE IDOSOS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Clínica Odontológica.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria José Gomes

VITÓRIA
2010

ANDERSON MEDEIROS DAMASCENO

**QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE BUCAL E AUTOPERCEPÇÃO DE
SAÚDE BUCAL EM UMA AMOSTRA DE IDOSOS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Clínica Odontológica.

Aprovado em / / .

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria José Gomes

Prof^a. Dr^a. Karla Correa Barcellos Xavier

Prof. Dr. Eduardo Hebling

"Leva tempo para alguém ser bem sucedido porque o êxito não é mais do que a recompensa natural pelo tempo gasto em fazer algo direito." (Joseph Ross)

São muitos os responsáveis por nossa vitória, mas os que estão por trás dela nem sempre recebem mérito justo. Sei da sua importância, Lalá, e dedico a você este momento. Eu te amo!!!

Agradeço,

A Deus, por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar os caminho nas horas incertas e me suprir em todas as necessidades.

À minha esposa, Larissa, por estar ao meu lado, incondicionalmente. Sem ela, não conseguiria concluir esta jornada.

Ao meu filho, Lucca, grande inspiração para minhas conquistas.

À minha mãe, Maria José, a quem devo minha formação, pelos cuidados com meu filho nos momentos em que mais precisava.

Ao meu pai, Geraldo, que há poucos dias “partiu”, pelo exemplo de dedicação e perseverança e cujas lembranças estarão sempre em minha memória.

À minha cunhada, Lorena, pela disponibilidade em ajudar.

Aos meus familiares, pelo apoio constante ao longo desta caminhada.

À minha orientadora e amiga, Prof^a. Dr^a. Maria José Gomes, pelo incentivo, interesse e confiança em mim depositados para realização dessa pesquisa. A minha gratidão por permitir usufruir da sua sabedoria e experiência.

À Prof^a. Dr^a. Karla Correa Barcellos Xavier, pela sua disponibilidade e atenção.

À Prof^a. Dra. Elizabete Oliveira, por ter enriquecido o conteúdo desta dissertação com suas palavras.

Ao Prof. Dr. Eduardo Hebling, por aceitar fazer parte da banca de avaliação desse estudo.

A Universidade Federal do Espírito Santo-UFES, pela oportunidade de fazer esse curso.

À coordenadora do Programa de pós-graduação em Clínica Odontológica, Prof. Dra. Selva Maria Gonçalves Guerra, pelo seu empenho na busca pela qualidade.

Aos Professores do programa de pós-graduação em Clínica Odontológica da UFES , por terem me mostrado o caminho da ciência.

A Raphael Schineider, pela ajuda na pesquisa de campo.

A Morgana Andrade, pela leitura atenta, recomendações valiosas e editoração deste trabalho.

A Joana Andrade, pela revisão ortográfica.

A Fabiano Oliveira, pela análise estatística dos resultados e troca de experiências.

Aos participantes desta pesquisa e gestores das Instituições de Longa Permanência da Serra e dos Centros de Vivência do mesmo município, pela cooperação e boa vontade.

A Laura Coutinho, coordenadora de Odontologia do Município da Serra, pelo apoio e pela compreensão. Sem isso, eu não teria conseguido.

A Cassilda Frinhani, coordenadora da Unidade de Saúde da Serra-Sede, onde exerço atividade profissional, que não mediu esforços para me ajudar, adequando meus horários e contornando as dificuldades.

A Rosa de Oliveira, amiga enviada por Deus, que sempre esteve ao meu lado e me ajudou no que foi possível e impossível.

A todos os meus amigos que, de certa forma, me ajudaram a conquistar mais essa etapa de minha vida.

Por fim, a todos aqueles que participaram, direta ou indiretamente, na realização desta dissertação.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi conhecer a qualidade de vida (QV), descrever a saúde bucal por meio de experiência de cárie, analisar a autopercepção de saúde bucal e relacionar esses três fatores em uma amostra de idosos. Os instrumentos de coleta de dados foram o WHOQOL-BREF, o índice CPOD e o GOHAI. É um estudo descritivo, pareado 1:3, para sexo e idade. A amostra constituiu-se de 69 idosos funcionalmente independentes, sendo 17 institucionalizados e 52 não institucionalizados. Os resultados permitiram observar que 80% da amostra é do sexo feminino e a faixa etária preponderante é entre 60 a 69 anos. A QV foi avaliada como “boa” por 53,6% da amostra e as diferenças estatisticamente significativas se encontram nos domínios físico, psicológico e relações sociais (WHOQOL-BREF). O índice CPOD variou entre 17 a 28, e a taxa de edentulismo foi de 71% nos idosos institucionalizados e 40% nos não institucionalizados. Verificou-se maior percentual de uso de prótese dentária no arco superior. Em relação à autopercepção da saúde bucal, observa-se que os idosos estudados avaliaram a sua saúde bucal como excelente ou razoável, embora a média GOHAI seja 27,13, pontuando a autopercepção de saúde bucal como negativa. Conclui-se que não houve relação entre QV e condição de saúde bucal e autopercepção de saúde bucal. A QV foi considerada boa na amostra estudada, o edentulismo esteve presente nos dois grupos, determinando um alto índice CPOD e a autopercepção de saúde bucal foi negativa para ambos os grupos de idosos. Sugere-se a implementação de políticas públicas de educação em saúde para valorização da saúde bucal como parte indissociável da saúde geral, com ações e estratégias voltadas para a QV da amostra de idosos brasileiros estudada.

Palavras-chave: idosos, qualidade de vida, saúde bucal, GOHAI

ABSTRACT

The aims of this study were to know the quality of life (QOL), to report the oral health by means of caries experience, to assess the self-perception of oral health, and to relate these three factors in a sample of elderly. For the data collection the tools WHOQOL-BREF, DMFT index, and GOHAI were used. It is a paired 1:3, descriptive study for sex and age, and its sample was consisted of 69 functionally independent elderly, 17 being institutionalized and 52 non-institutionalized. The findings allowed to note that 80% of the individuals are female and the predominant age range is between 60 to 69 years. The QOL was assessed as "good" by 53.6% of the sample and the statistically significant differences are in the physical, psychological, and social relationships fields (WHOQOL-BREF). The DMFT index ranged from 17 to 28, and the edentulism rate found was 71% for the institutionalized elderly and 40% for those non-institutionalized. It was noted higher percentage of use of dental prosthesis in the upper arch. Concerning the self-perceived oral health it were found that the studied elderly evaluate their oral health as excellent or fair, although the mean GOHAI is 27.13, scoring as negative the oral health. It was concluded that there was no relation between QOL and oral health status and self-perception of oral health. The QOL was considered good in the studied sample, the edentulism was in both groups determining a high DMFT index, and the self-perception of oral health was negative for both groups of elderly. It is suggested implementing public health education policies in order to value the oral health as inseparable part of general health, with actions and strategies addressed to the quality of life of this sample of Brazilian elderly.

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

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEO	– Centro de Especialidade Odontológica
Hab	– habitante
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILP	– instituição de longa permanência
MS	– Ministério da Saúde
OMS	– Organização Mundial da Saúde
PIB	– Produto Interno Bruto
QV	– qualidade de vida
Tab	– tabela
UFES	– Universidade Federal do Espírito Santo
US	– unidade de saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Percentual de sujeitos da amostra por sexo. Serra/ES, 2010.....	40
Figura 2 – Percentual das faixas etárias dos idosos envolvidos na pesquisa. Serra/ES, 2010	40
Figura 3 – Percentual da amostra de idosos institucionalizados edêntulos. Serra/ES, 2010	54
Figura 4 – Percentual da amostra de idosos não institucionalizados edêntulos. Serra/ES, 2010	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição em relação à idade, da amostra de idosos institucionalizados e não institucionalizados. Serra/ES, 2010	41
Tabela 2 – Distribuição da amostra de idosos por local de domicílio. Serra/ES, 2010.....	41
Tabela 3 – Caracterização das perguntas e respostas da amostra total de idosos ao questionário WHOQOL-Bref. Serra/ES, 2010.....	42
Tabela 4 – Distribuição dos valores referentes aos domínios do WHOQOL-Bref, obtidos da amostra de idosos. Serra/ES, 2010	46
Tabela 5 – Comparação dos domínios do WHOQOL-Bref entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados da amostra. Serra/ES, 2010.....	46
Tabela 6 – Caracterização das respostas dos idosos institucionalizados e não institucionalizados da amostra, referentes à pergunta 1 do questionário WHOQOL-Bref. Serra/ES, 2010.....	46
Tabela 7 – Correlação do domínio ambiente do WHOQOL-Bref entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados da amostra. Serra/ES, 2010.....	47
Tabela 8 – Correlação do domínio físico do WHOQOL-Bref entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados da amostra. Serra/ES, 2010.....	49
Tabela 9 – Correlação do domínio psicológico do WHOQOL-Bref entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados da amostra. Serra/ES, 2010	50
Tabela 10 – Correlação do domínio relações sociais do WHOQOL-Bref entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados da amostra. Serra/ES, 2010	51
Tabela 11 – Distribuição dos valores referentes ao CPOD dos idosos institucionalizados e não institucionalizados da amostra. Serra, 2010..	52
Tabela 12 – Distribuição do uso de prótese nos idosos institucionalizados e não institucionalizados da amostra. Serra/ES, 2010.....	52

Tabela 13 – Distribuição da necessidade de prótese nos idosos institucionalizados e não institucionalizados da amostra. Serra/ES, 2010.....	53
Tabela 14 – Distribuição do total da amostra dos idosos edêntulos. Serra/ES, 2010.....	53
Tabela 15 – Caracterização das perguntas e respostas da amostra total de idosos ao questionário GOHAI. Serra/ES, 2010	55
Tabela 16 – Distribuição dos valores do GOHAI referentes à amostra de idosos institucionalizados e não institucionalizados do município da Serra/ES, 2010	56
Tabela 17 – Comparação das variáveis CPOD e GOHAI entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados da amostra. Serra/ES, 2010.....	56

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1. QUALIDADE DE VIDA	16
2.2. POLÍTICA DE SAÚDE DO IDOSO	19
2.3. CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DO IDOSO	22
2.4 A INSTITUCIONALIZAÇÃO	24
3 OBJETIVOS	27
3.1 OBJETIVO GERAL	27
3.1.1 Objetivos específicos	27
4 MATERIAL E MÉTODOS	28
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	28
4.2 CASUÍSTICA	31
4.3 COLETA DE DADOS	32
4.3.1 Procedimento de coleta de dados	32
4.3.2 Instrumentos de coleta de dados	32
4.3.3 Análise estatística	38
5 RESULTADOS	40
6 DISCUSSÃO	57
7 CONCLUSÃO	67
8 REFERÊNCIAS	68
ANEXOS	73

1 INTRODUÇÃO

A população brasileira vem envelhecendo desde o início da década de 60, quando a queda da taxa de fecundidade começou a alterar a estrutura etária da população. A previsão do IBGE (2000), é que, em 2020 cerca de 9% da população terá 60 anos ou mais, refletindo um aumento de 4% em relação ao censo de 1996.

Esse processo, provavelmente, acarreta algumas dificuldades para os idosos, pois eles não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência. Esse fato gera como consequência o acúmulo de seqüelas de doenças, o desenvolvimento de incapacidades e a perda de autonomia e da qualidade de vida (CARNEIRO E FALCONE, 2005).

Por outro lado, ressalta-se o contínuo crescimento da urbanização das cidades, elevação do nível de vida da população, melhores condições nutricionais, sanitárias e ambientais. Esses fatos fazem com que a expectativa de vida cresça a cada dia. Devido a esse crescimento, vem aumentando o número de pesquisas relacionadas ao estilo e qualidade de vida da população idosa, uma vez que esta constituirá grande parte da população brasileira. (KALACHE, VERAS, RAMOS, 2007).

Nesse contexto, a atenção odontológica ao idoso denominada pelo Conselho Federal de Odontologia como Odontogeriatrics, começa a ganhar espaço, mas seu desenvolvimento vai depender de sua habilidade em demonstrar que pode entender os problemas desse grupo populacional e ajudar a encontrar soluções para os problemas específicos desta população, contribuindo efetivamente para a qualidade de vida destes indivíduos.

Diante desta realidade e da importância dos idosos no contexto nacional, uma vez que o Brasil vê sua pirâmide populacional ser modificada pouco a pouco, observa-se a necessidade de um maior conhecimento sobre as pessoas com mais de 60 anos no que diz respeito à qualidade de vida e condição de saúde.

Landeiro et al. (2009), relatam que o interesse pelo conceito de QV é relativamente recente e decorrente, em parte, de novos paradigmas, que objetivam o alcance de uma melhor QV, passando esta, a ser um resultado esperado das condutas de promoção e proteção em saúde.

Entretanto a sociedade confunde o significado do envelhecer e da velhice, caracterizando a terceira idade como uma fase da vida em declínio, tanto humano quanto social (BRANDEN, 2005).

Por outro lado, observa-se que, no Brasil, na última década, houve um aumento exponencial de instituições públicas e privadas, que têm como proposta o cuidado com os idosos.

A família do idoso opta pela institucionalização por vários motivos, dentre eles, o financeiro, a falta de tempo para “cuidar” desse familiar, além da necessidade do idoso em relação à medicação necessária ao seu tratamento, já que, por vezes, estaria só durante o dia em função dos compromissos de seus familiares. Em alguns casos, a escolha é do próprio idoso, que se sente só e afetivamente abandonado, devido às exigências do mundo contemporâneo, justificando essa escolha, para não alterar o curso de vida de sua família.

Entretanto, os estudos sobre a influência da institucionalização na qualidade de vida e condições de saúde dos idosos, são escassos, embora se reconheça a importância desses indicadores para nortear as políticas públicas de saúde do idoso.

Assim, busca-se por meio desse estudo, conhecer a qualidade de vida e saúde bucal de uma amostra de idosos institucionalizados e não institucionalizados do município de Serra-ES, para que a discussão desses indicadores possa ser ancorada na realidade expressada pela evidência científica.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1. QUALIDADE DE VIDA

A população de idosos vem crescendo, e a concepção equivocada de que a velhice é um período de decadência física e mental – o idoso completamente dependente e improdutivo, que causa transtornos tanto para a família quanto para os que o cercam – tem prejudicado o seu convívio social, limitando ainda mais suas possibilidades de ação na busca de uma vida digna (KATTZ; RUBIN, 2000).

Tessari (2010) ressalta que é importante que o idoso seja respeitado como ser humano que é, com todas as limitações inerentes à sua idade. Se já não possui a vitalidade da juventude, por outro lado tem o conhecimento adquirido através das experiências ao longo de toda uma vida. A partilha desses conhecimentos com as novas gerações proporciona ao idoso a possibilidade de manter-se integrado à sociedade. Esta integração é de suma importância para o idoso, uma vez que um de seus maiores prazeres consiste em relatar fatos acontecidos em sua vida e perceber que as pessoas que o cercam lhe dão a atenção devida.

Segundo Frutuoso (1999), com o processo de envelhecimento, ocorrem mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais que influenciam o comportamento do idoso. Há um declínio gradual das aptidões físicas, surgem alguns distúrbios orgânicos e o corpo sofre modificações.

Em acréscimo, Ferreira et al. (2007) relatam que os efeitos do envelhecimento dificultam a realização das atividades diárias e a manutenção de um estilo de vida saudável, o que gera apatia, autodesvalorização, insegurança e, conseqüentemente, leva o idoso ao isolamento social e à solidão, causando diminuição de sua qualidade de vida.

Carneiro e Falcone (2005), em estudo sobre a qualidade de vida na velhice, afirmam que as condições que permitem uma boa qualidade de vida revestem-se de grande importância científica e social.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) definiu que QV é a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema

de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente.

A partir desta definição, percebe-se que o termo qualidade de vida engloba o conceito amplo de bem-estar, o que depende do autojulgamento do próprio indivíduo, ou seja, o quanto ele está ou não satisfeito com a qualidade subjetiva de sua vida (DEL PRETE; DEL PRETE, 2002). É um conceito subjetivo, dependente de padrões históricos, culturais, sociais e até mesmo individuais. A avaliação da qualidade de vida de determinado indivíduo varia em função das três dimensões nas quais o sujeito encontra-se inserido: física, psicológica e social (PEREIRA et al., 2006).

Para um idoso ter boa QV, além das questões anteriormente citadas, Neri (2003) ressalta que ele necessita de bom suporte social, contato com a família e que a doença que porventura possua esteja sob controle.

Na visão de Dini (2001), para uma boa QV o idoso necessita, dentre outros fatores, estar feliz consigo mesmo e aceitar as limitações que o avançar da idade traz sem, contudo, demonstrar conformismo diante desses obstáculos.

O estudo da qualidade de vida do idoso vem ocupando lugar de destaque, pois os avanços na Medicina contribuíram para o aumento na expectativa de vida e no contingente de idosos, mas não adianta ter uma grande população de idosos vivendo mais de 80 anos se não for possível proporcionar a eles qualidade de vida (O'SHEA, 2003).

Oliveira e Jacquemin (2001) frisam que a QV inclui um alargado espectro de áreas da vida. Os modelos de qualidade de vida vão desde a satisfação com a vida ou bem-estar social a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas.

Já Portella, Franco e Salles (2007) relatam que existem vários elementos que podem ser apontados como determinantes do bem-estar do idoso e que

possivelmente trazem qualidade à sua vida: longevidade, saúde física e mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis sociais, familiares e ocupacionais.

De acordo com Smith (2001), o conceito de bem-estar mudou a partir de meados do século XX. Até aí significava, apenas, disponibilidade de bens materiais (comida, casa de banho, casa aceitável, acesso a serviços de saúde e de ação social, dinheiro suficiente). Atualmente relaciona-se, também, com dimensões menos tangíveis (sentido de segurança, dignidade pessoal, oportunidades de atingir objetivos pessoais, satisfação com a vida, alegria, sentido positivo de si). A noção de qualidade de vida também passa pela mesma alteração, pois engloba os recursos e o direito a gozar a vida.

Paschoal, Franco e Salles (2007), por sua vez, ressaltam em seus ensinamentos que é equivocada a ideia de que, a partir de determinada idade, certas atividades, como lazer, trabalho, sexo e vida social, não devem ser desfrutadas. É uma concepção que tende a ser superada em relação às constantes modificações sociais, uma vez que a expectativa de vida das pessoas, atualmente, tem aumentado muito, elevando, com isso, a necessidade de se repensar as questões que envolvem a qualidade de usufruto do tempo livre.

O lazer, importante elemento da qualidade de vida, pode ser definido como um conjunto de ocupações de bom grado que o indivíduo usa para repousar, para divertir-se, para desenvolver sua informação ou formação desinteressada, sua participação voluntária ou sua livre capacidade criadora, quando livre das obrigações profissionais, familiares ou sociais, sendo, portanto, uma atividade de livre escolha, liberatória, desinteressada, sem fins lucrativos (ROCHA; CUNHA, 2004).

Born e Boechat (2006) complementam o estudo, concluindo que o lazer não está presente na vida da maioria dos idosos estudados, e os motivos alegados para não praticarem algumas atividades que apreciavam foram diversos, sendo os mais comuns: problemas de saúde que impedem ou atrapalham a vivência, falta de companhia durante a realização da atividade, falta de dinheiro para custeá-la, falta

de mobilização pessoal e motivação para mudar a rotina, violência urbana e crença de que algumas experiências de lazer são "inadequadas" à idade avançada.

Farenzena et al. (2007), pesquisando sobre qualidade de vida em idosos, constataram quanto à realização de atividades de lazer, resultados significativos na correlação com os escores do WHOQOL-Bref nos domínios físico e psicológico. O grupo que realiza atividade de lazer apresenta melhor QV nesses domínios.

Sendo assim, a qualidade de vida vai desde a satisfação com a vida ou bem-estar social até os conceitos de independência, competências sociais e cognitivas, podendo sofrer influências culturais, éticas e religiosas (SOUSA; GALANTE; FIGUEIREDO, 2003).

É importante procurar sempre melhorar a QV dos idosos, buscando saúde – não somente a ausência de doenças. De acordo com a definição da OMS (2001), a QV é um estado de bem-estar físico, mental, psicológico e espiritual. Alguns fatores podem dificultar ou prejudicar a QV, tais como dificuldades financeiras, problemas de saúde e outras limitações, porém, é importante buscar alternativas possíveis, sempre respeitando as potencialidades e limitações de cada um, seja ele criança, adolescente, adulto ou idoso.

O idoso ainda é visto com muito preconceito, discriminação e isolamento da sociedade, e a velhice é encarada como decadência, doença e peso social. A sociedade precisa quebrar preconceitos e criar conceitos para que o idoso, através de sua sabedoria e experiência, tenha seu espaço nessa sociedade onde só o jovem é valorizado. Deve-se proporcionar apoio e incentivo através dos familiares e amigos e encorajar atitudes que esses pensam que não são capazes (RAMOS, 2002).

2.2. POLÍTICA DE SAÚDE DO IDOSO

A OMS (2001), classifica cronologicamente como idosas as pessoas com mais de 65 anos de idade, em países desenvolvidos, e com mais de 60 anos de idade, em países em desenvolvimento.

O número crescente de pessoas idosas desafia as autoridades de saúde na maioria dos países. As evidências sobre as relações de saúde bucal da saúde geral é

especialmente importante para a OMS em seu esforço para reforçar a promoção da saúde bucal e a prevenção integrada da doença ao redor do globo (KANDELMAN; PETERSEN; UEDA, 2008).

Segundo a Organização das Nações Unidas, os anos de 1975 a 2025 corresponderão à “Era do Envelhecimento”, marcada pelo crescimento demográfico da população idosa, o que decorre, principalmente, do controle da natalidade e do aumento da expectativa de vida. Se para os países de primeiro mundo o aumento de gerontes já representa um grande problema, no futuro próximo o Brasil viverá a mesma situação. As projeções estatísticas apontam que, até o ano 2025, o Brasil terá significativo número de idosos, modificando a pirâmide populacional e conduzindo a um repensar sobre as políticas de saúde (reestruturação das ações de saúde), sociais e econômicas (LEME, 1997).

Com a futura predominância da população adulta e idosa, certamente haverá influência sobre a disponibilidade dos serviços de saúde, já que, acompanhando o processo de envelhecimento, podem surgir doenças crônicas, as quais necessitam de atenção diferenciada e continuada. Uma população em processo rápido de envelhecimento, representa um crescimento relativo das condições crônicas, porque estas afetam mais os segmentos de maior idade.

Oferecer QV aos idosos tem se tornado um desafio para o Estado, para os setores produtivos e para as famílias, uma vez que o envelhecimento populacional está ocorrendo de forma intensa nos países em desenvolvimento, gerando preocupação quanto às suas repercussões por exigir mudanças, principalmente, nas áreas da saúde e previdência (KANDELMAN; PETERSEN; UEDA, 2008).

Dessa necessidade surgiu no Brasil a Política Nacional do Idoso, estabelecida pela Lei N.º 8.842/94, que foi regulamentada pelo Decreto Lei N.º 1.948/96, forçando a implantação e a implementação de ações direcionadas ao idoso, nas diversas unidades federadas, englobando vários ministérios (BRASIL, 1994, 1996).

Considerando a necessidade de o setor de saúde dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso, bem como a conclusão do processo de elaboração da referida política que envolveu consultas a diferentes segmentos direta e indiretamente envolvidos com o tema, e considerando ainda a

aprovação da proposta da política mencionada pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso e determinou que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da política aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Além da Política Nacional do Idoso, há no ordenamento jurídico brasileiro uma legislação mais específica acerca da proteção da saúde dos idosos, que é a Política de Proteção da Saúde dos Idosos, estabelecida através da Portaria n.º 1.395/99 (BRASIL, 2003).

Essa política visa à promoção do envelhecimento saudável, à prevenção de doenças, à recuperação da saúde e à preservação/melhoria/reabilitação da capacidade funcional dos idosos, com a finalidade de assegurar-lhes sua permanência no meio e na sociedade em que vivem, desempenhando suas atividades de maneira independente.

Os idosos, nos seus aspectos biológico, psicológico e social, apresentam transformações próprias, requerendo tipos de assistências diferenciadas, especialmente em termos de saúde. Voltar a atenção à saúde do idoso é um ato político que envolve diferentes atores sociais: gestores, sociedade civil organizada e a clientela de idosos que, em um processo democrático, participativo e consensual, articula-se entre si e negocia as tomadas de decisões para o enfrentamento do envelhecimento populacional (COSTA; MAEDA, 2001).

A Organização Pan-Americana de Saúde (2005), em sua cartilha, observa que a saúde deve ser vista a partir de uma perspectiva ampla, resultado de um trabalho intersetorial e transdisciplinar de promoção de modos de vida saudável em todas as idades. Cabe aos profissionais da saúde liderarem os desafios do envelhecimento saudável para que os idosos sejam um recurso cada vez mais valioso para suas famílias, comunidades e para o país, como afirmado na Declaração da OMS sobre Envelhecimento e Saúde, em Brasília, em 1996.

2.3. CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DO IDOSO

Sabe-se que o Brasil, semelhantemente a diversos países do mundo, está envelhecendo rapidamente. A população idosa, aqueles indivíduos com mais de 60 anos de idade, compõe atualmente o segmento populacional que mais cresce em termos proporcionais (CORMACK, 2007).

Diante disso, nasceu a Odontogeriatrics, que no Brasil vem sendo enfocada com seriedade e muito acima dos interesses pessoais dos envolvidos, visando ao bem-estar do idoso brasileiro, um ser geralmente oprimido por aposentadorias escorchantes e vivendo em cidades não preparadas para acolhê-los (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002; PUCCA JR, 2000).

A perda total dos dentes (edentulismo) é aceita como um fenômeno natural do envelhecimento. No entanto, esse fato é o reflexo da falta de prevenção, de informação e, conseqüentemente, de cuidados com a higiene bucal, que deveriam ser destinados principalmente à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas (COLUSSI; FREITAS, 2002).

Bonan et al. (2008) observam em seus estudos que uma razão para a perda dental é a evolução lenta de cáries radiculares, infiltrações e cáries sob restaurações e próteses, assim como fraturas que normalmente ocorrem pela má distribuição das forças mastigatórias.

Moreira et al. (2005), realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre os problemas bucais mais prevalentes entre os idosos brasileiros, e nessa pesquisa, os valores médios do índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) encontrados foram de 25 a 31. Verificou-se, também, grande porcentagem de indivíduos edêntulos.

Ainda sobre o tema, Colussi e Freitas (2002) fizeram uma revisão crítica dos estudos epidemiológicos apresentados nas publicações nacionais com relação à saúde bucal do idoso. O CPOD encontrado variou de 26,8 a 31,0, sendo que o componente extraído representou cerca de 84% desse índice. A prevalência do edentulismo ficou em 68%. Somente 3,9%, um pequeno percentual dos idosos, não necessitam nem usam qualquer tipo de prótese.

Silva e Valsecki Junior (2000), em estudo sobre condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro, observaram altos índices de indivíduos edêntulos, sendo o resultado de 72% entre os idosos institucionalizados e 60% entre os não-institucionalizados. O índice CPOD encontrado para os idosos institucionalizados foi de 30,91 e, para os não institucionalizados, foi de 30,27. O CPOD revelou, ainda, que mais de 90% dos dentes já estavam perdidos.

Thompson (2000) observou que os fatores socioeconômicos, geralmente avaliados pela escolaridade e renda (este último sujeito a erros), refletem que as piores condições de saúde, em geral, ocorrem nas pessoas que apresentam um baixo nível socioeconômico, afetando os cuidados preventivos e o julgamento sobre o significado da doença.

Com relação à autopercepção da saúde bucal, os estudos de Silva e Fernandes (2001) informam que ela está relacionada a alguns fatores clínicos, como número de dentes cariados, perdidos ou restaurados, e a fatores subjetivos, como sintomas das doenças e capacidade de a pessoa sorrir, falar ou mastigar sem problemas, além de ela também ser influenciada por fatores como classe social, idade, renda e sexo. De maneira geral, as pessoas conseguem perceber sua condição bucal com alguma precisão, porém usando critérios diferentes do profissional. Enquanto o cirurgião-dentista avalia a condição clínica pela presença ou ausência de doenças, para o paciente são importantes os sintomas e os problemas funcionais e sociais decorrentes das doenças bucais.

Nesse sentido, observa-se no estudo de Grigoletto (2007, p. 108) que, ao perguntar “[...] o que é para você ter saúde bucal [...]?”, foram encontradas respostas do tipo: “[...] saúde bucal é não ter problema [...]”; “[...] é não ter nada que incomode [...]”; “[...] ter a boca saudável [...]”; “não sentir dor [...]”.

Segundo Costa, Saintrain e Vieira (2010), se o indivíduo percebe com clareza a importância de adotar comportamentos saudáveis e toma atitudes voltadas para essa direção, é muito mais fácil conseguir uma melhor condição de saúde bucal.

2.4 A INSTITUCIONALIZAÇÃO

A população idosa no Brasil tem mostrado um crescente aumento, com estimativas que indicam uma elevação desses índices para as próximas décadas. Porém, a nossa sociedade confunde o significado do envelhecer e da velhice, caracterizando a terceira idade como uma fase da vida em declínio, tanto humano quanto social (BRANDEN, 2005).

Streim (1999) observa que a admissão em uma instituição de “cuidado” está relacionada com perdas em vários aspectos: não só a perda de autonomia e funcionalidade, mas, também, a perda de casa, pertences, animais, perdas financeiras, perda de uma rotina familiar e de vizinhança. Essa perda pode ser sentida em maior medida por aqueles que viveram anteriormente na sua própria casa do que por aqueles que vêm de outra instituição.

Férez (2006) ressalta que o idoso institucionalizado constitui quase sempre um grupo privado de seus projetos, pois se encontra afastado da casa, dos amigos, das relações nas quais sua história de vida foi construída. Isto vai de encontro à Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2010).

Segundo o art. 3º desta lei, é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito a vida, saúde, alimentação, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito e convivência familiar e comunitária.

O serviço institucional para os idosos é algo cada vez mais comum. Contudo, há riscos e perigos que podem causar danos graves à autoestima e à integração do idoso na sociedade. Assim, é necessário evitar que o idoso institucionalizado fique exposto aos fatores inerentes à institucionalização, que são a despersonalização (pouca privacidade), a desinserção familiar e comunitária, o tratamento massificado, a vida monótona e rotineira que trata todos os idosos de igual forma e a depressão (PEREIRA et al., 2006).

No que tange à convivência em instituições asilares, percebe-se que muitos idosos vivem juntos, comem juntos, mas não se comunicam, e pessoas que cuidam dos

mesmos não se atentam às consequências dessa atitude (COSTA; SAINTRAIN; VIEIRA, 2010).

A comunicação para o idoso, em especial para o idoso institucionalizado, é de extrema importância para que ele mantenha suas relações sociais, evitando assim a carência afetiva e emocional, ou seja, ela é essencial para sua sobrevivência. O idoso pode evitar essa carência afetiva e emocional através de uma vida ativa, baseada na comunicação e no entretenimento (CARNEIRO; FALCONE, 2005).

Entretanto, há que se ressaltar que essa comunicação precisa ser eficaz. Nesse sentido, Silva, Souza e Wada (2000) ressaltam que se comunicar com qualidade passa pela compreensão do que queremos trocar com as pessoas, o que queremos colocar em comum, qual a nossa capacidade e nível de troca.

Corroborando com essa ideia, Streim (1999) acrescenta que a comunicação como processo colabora com a qualidade dos relacionamentos que deverão ser estabelecidos.

Já Shinkai, Del Bel Cury (2000) chamam atenção para os tipos de comunicação, como a comunicação verbal, por palavras, e a comunicação não verbal, que ocorre através de expressões faciais, dos movimentos das mãos, braços, cabeças, sinais, mímicas, símbolos, gestos e sinais com os olhos, sendo esta última a mais utilizada pelos idosos institucionalizados, pois se trata de uma forma rápida de transmitir e receber informações.

Na visão dos citados autores, a comunicação é importante e facilita a interação entre as pessoas, em especial os idosos que vivem na mesma instituição e não se conhecem.

Em acréscimo, Costa, Saintrain e Vieira (2010) afirmam que a comunicação é uma troca de ideias e informações. Ela é mais do que apenas dizer palavras. Ela entra em todas as facetas de nossas atividades cotidianas e relações pessoais.

É importante ressaltar que as pessoas idosas têm uma grande dificuldade em se relacionar umas com as outras e com o ambiente, e isto pode ser atribuído às alterações decorrentes do próprio processo de envelhecimento e agravado por fatores como a inatividade e a depressão (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

No idoso institucionalizado, o quadro depressivo é ainda mais grave, devido à ausência da família e pelo fato de se encontrarem num ambiente totalmente desconhecido, que pode favorecer o isolamento social (BALLONE, 2002).

Andrade e Vaistsman (2002), ressaltam que a dificuldade do convívio social dos idosos, quer na família ou na instituição asilar, pode ser consequência das alterações fisiológicas e fisiopatológicas decorrentes do envelhecimento. No entanto, as pessoas envolvidas (cuidadores, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas ou outros profissionais) devem motivar os mesmos através de atividades educativas, no sentido de que se mostrem mais ativos, excluindo os fatores agravantes das alterações do próprio processo de envelhecimento, como a inatividade e a depressão.

A diminuição das atividades pode ser considerada como uma das maiores perdas do idoso, podendo acarretar o aparecimento de doenças físicas e mentais, autodesvalorização, declínio da autoestima, desmotivação, solidão e isolamento social (CARNEIRO; FALCONE, 2005).

A depressão, por sua vez, segundo Shinkai e Del Bel Cury (2000), é muito mais do que um sentimento ou uma emoção. Tem potencialidade para ser uma doença mental grave e incapacitante, podendo interferir em todos os aspectos do dia a dia de uma pessoa.

Ressalta-se que o ambiente das instituições de longa permanência deverá ser estimulante, de forma a proporcionar um conjunto de experiências que permitam à pessoa idosa manter-se ativa sob todos os pontos de vista, objetivando a que o processo de envelhecimento possa ser, de alguma forma, retardado, tendo sempre em vista contribuir para uma melhor qualidade de vida (BORN; BOECHAT, 2006).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Relacionar a QV, a saúde bucal e a autopercepção da saúde bucal de uma amostra de idosos.

3.1.1 **Objetivos específicos**

Os objetivos específicos são:

- a) conhecer a QV de uma amostra de idosos;
- b) descrever a saúde bucal de uma amostra de idosos, por meio de sua experiência de cárie; e
- c) analisar a autopercepção de saúde bucal de uma amostra de idosos.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Tipo de estudo

Estudo descritivo, pareado 1: 3, para sexo e idade.

Estudo descritivo é aquele que busca estimar parâmetros de uma população, proporções, médias etc. Não necessita de elaboração de hipóteses, pois se trata de uma "fotografia" da situação. O estudo descritivo busca descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (MEDRONHO et al., 2009).

O pareamento, por sua vez, segundo o mesmo autor, se refere ao procedimento pelo qual, para cada caso selecionado, são recrutados um ou mais casos idênticos com relação a certas características outras que não o fator sob investigação. Variáveis demográficas, como idade e sexo, são comumente utilizadas no pareamento, mas pode-se parear por outras variáveis, como local de residência, nível socioeconômico ou paridade da mãe.

Em acréscimo, o autor informa que aumentar o pareamento acima da proporção um para quatro não eleva substancialmente o poder do estudo. Nessa pesquisa, escolheu-se o pareamento 1:3.

Implicações éticas

O estudo foi realizado nas quatro instituições de longa permanência do município da Serra e em centros de vivência da terceira idade do município, após autorização para sua realização nos referidos locais.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o registro n.º CEP 107/08 (ANEXO A).

Local de estudo

Serra é o segundo maior município da Grande Vitória. Sua sede está 27 quilômetros ao Norte da capital, é cortado pela BR-101, possui uma área de 553m² e cerca de 405 mil habitantes (IBGE, 2000).

O clima é tropical, com dias ensolarados e quentes a maior parte do ano. Possui um litoral com 23km de praias, formando um dos mais belos cenários do Espírito Santo. Além disso, possui edificações históricas, como as igrejas jesuíticas de São João de Carapina e a dos Reis Magos, e ruínas do século XVIII, entre elas as de São José de Queimado, palco de um movimento importante para a libertação dos escravos, denominado "Insurreição de Queimado" (BORGES, 2010).

Do ponto de vista econômico, nos últimos 30 anos o município sofreu grande transformação, pois deixou de ser tipicamente rural, provinciano e tradicionalista, e passou a ser o principal polo industrial do Espírito Santo e a segunda economia do Estado, sendo superado apenas pela capital, Vitória. A maior parte da mão-de-obra está empregada na indústria (SERRA, 2010).

O PIB de Serra representa 12% do PIB do Espírito Santo e ocupa o 33° lugar no ranking de PIBs dos municípios do Brasil, sendo o segundo maior PIB do Estado, atrás apenas da capital, Vitória (IBGE, 2000).

Sua localização geográfica é estratégica, pois fica num raio de apenas mil quilômetros dos principais centros comerciais e industriais do Brasil, como Rio de Janeiro, São Paulo, Belo Horizonte e Salvador, além de ficar no centro econômico e administrativo do Espírito Santo. Estando na região metropolitana da Grande Vitória e fazendo limite com a capital do Estado, a Serra se constitui não só no maior município em extensão territorial, como também o que consegue destaque no cenário industrial do Estado, consolidando seu desenvolvimento econômico para propiciar a melhoria da qualidade de vida de sua população (BORGES, 2010).

Diante de todos esses fatores, a cidade vem atraindo um grande número de habitantes, registrando considerável crescimento na sua população. Segundo o censo do IBGE, em 2000 a população local era de cerca de 322 mil habitantes, e

hoje é de aproximadamente 405 mil, representando um crescimento de 30% em 10 anos.

Outra notável modificação na pirâmide demográfica do município diz respeito aos idosos: no ano de 2000 (IBGE, 2000), o município da Serra possuía cerca de 16.440 idosos e, atualmente, possui 26.750, apresentando um crescimento de 62% em apenas 10 anos.

A expectativa de vida da população do município, segundo a mesma fonte, também aumentou, passando de 67 anos no ano de 2000, para 70,7 anos em 2010.

Objeto de estudo

O objeto de estudo constitui de idosos do município da Serra, no Espírito Santo, residentes em instituições de longa permanência (institucionalizados) e em domicílios particulares (não institucionalizados).

Período de estudo

Setembro de 2009 a abril de 2010.

Procedência dos casos

- a) Procedência geográfica: município da Serra, na Grande Vitória, ES.
- b) Procedência institucional: idosos das instituições de longa permanência do município da Serra.
- c) Procedência não institucional: idosos residentes em domicílios particulares, frequentadores de dois centros de vivência da terceira idade do município.

Esta escolha baseou-se pelo interesse de realizar os trabalhos, uma vez que o município da Serra é o local onde o pesquisador trabalha (como clínico, na prefeitura), facilitando a integração do mesmo com a equipe de saúde para a implantação, *a posteriori*, de programas de saúde bucal para idosos.

4.2 CASUÍSTICA

A pesquisa foi realizada nas instituições de longa permanência (ILP) do município da Serra, que possui quatro unidades, dentre as quais três são públicas (Abel Lino Portela, Coelho Sampaio e Pouso da Esperança) e uma é particular (Instituto Franciscano). A outra parte do estudo foi realizada em dois centros de vivência da terceira idade no município.

Seleção da amostra

Das quatro instituições de longa permanência do município da Serra/ES, 17 (dezessete) idosos lá residentes atendiam aos critérios de inclusão deste estudo e determinaram o número total da amostra, que consiste em 69 idosos.

A amostra total foi intencional e selecionada de acordo com os critérios de inclusão. Posteriormente, foram selecionados os idosos dos centros de vivência que atendiam aos critérios de inclusão, numa proporção de 1:3, pareados quanto ao sexo e à idade.

Antecedendo à aplicação dos questionários e ao exame clínico bucal, os idosos foram orientados sobre o objetivo do estudo e solicitou-se o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido, assinado pelo participante (ANEXO B).

Critérios de inclusão

Idosos a partir de 60 anos de idade, tanto os institucionalizados quanto os não institucionalizados, funcionalmente independentes para todas as atividades.

A capacidade funcional foi avaliada pela escala de independência nas atividades da vida diária (escala de Katz) indicada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), pois identifica em qual atividade o indivíduo apresenta a dependência. Ela varia de A a G e OUTRO, em que: A - independente para todas as atividades; B - independente para todas as atividades, menos uma; C - independente para todas as atividades, menos banho e mais uma adicional; D - independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se e mais uma adicional; E - independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional; F -

independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional; G - dependente para todas as atividades; OUTRO - dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E e F.

4.3 COLETA DE DADOS

4.3.1 Procedimento de coleta de dados

Com relação aos idosos institucionalizados, as visitas foram agendadas com antecedência, com o gestor local, e os indivíduos foram avaliados e entrevistados na própria instituição.

Com relação aos não institucionalizados, as visitas aos centros de vivência também foram previamente agendadas com o gestor, para os dias em que houvesse as atividades que, geralmente, atraem o maior número de idosos. Tal agendamento se fez necessário para que permitisse identificar aqueles idosos frequentadores dos centros de vivência que preenchessem os critérios de inclusão e, também, as características do estudo. Eles foram entrevistados no próprio local.

A avaliação bucal, tanto para os institucionalizados como para os não institucionalizados, foi realizada individualmente, em local separado, respeitando a privacidade de cada indivíduo, com uso de luz natural, espelho, espátula e luva. Logo após, foram aplicados os questionários, individualmente.

O exame clínico para a coleta dos dados referentes à experiência de cárie foi realizado pelo autor pesquisador e por um acadêmico do curso de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), após exercício de calibração com estatística Kappa 85%.

4.3.2 Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados:

a) WHOQOL-BREF

Para a avaliação da QV dos indivíduos, foi utilizado o questionário de QV WHOQOL-Bref, traduzido para língua portuguesa por Fleck et al. (1999) (ANEXO C).

O WHOQOL-BREF compreende uma versão abreviada do WHOQOL-100 e compõe-se das 26 questões, extraídas do WHOQOL -100, que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos. Dessas 26 questões, duas são gerais e 24 representam cada uma das 24 facetas do WHOQOL-100. Assim, enquanto no WHOQOL-100 cada uma das 24 facetas é avaliada por meio de quatro questões, no WHOQOL-Bref cada uma é avaliada apenas por uma questão (FLECK et al., 2000). A versão abreviada é composta por duas questões gerais e quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, conforme distribuídas a seguir:

Questões gerais

1. Qualidade de vida
2. Saúde

Domínio I - Domínio físico

3. Dor e desconforto
4. Dependência da medicação / tratamento
10. Energia e fadiga
15. Mobilidade
16. Sono e repouso
17. Atividades cotidianas
18. Capacidade de trabalho

Domínio II - Domínio psicológico

- 5. Sentimentos positivos
- 6. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
- 7. Pensamento, aprendizagem, memória e concentração
- 11. Imagem corporal e aparência
- 19. Autoestima
- 26. Sentimentos negativos

Domínio III - Relações sociais

- 20. Relações pessoais
- 21. Atividade sexual
- 22. Suporte (apoio) social

Domínio IV - Ambiente

- 8. Segurança física e proteção
- 9. Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima)
- 12. Recursos financeiros
- 13. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
- 14. Oportunidades de recreação/lazer
- 23. Ambiente no lar
- 24. Cuidados de saúde e sociais
- 25. Transporte

- b) General Oral Health Assessment Index, ou Índice de Determinação da Saúde Bucal Geral (GOHAI).

Para a autoavaliação da saúde bucal dos indivíduos, foi utilizado o GOHAI. Esse instrumento, anteriormente denominado de Geriatric Oral Health Assessment Index, foi desenvolvido por Atchisson e Dolan (1990) com a intenção de proporcionar uma autoavaliação das condições da saúde bucal das pessoas idosas, de maneira que permitisse sua utilização tanto em estudos epidemiológicos quanto na prática clínica diária.

O desenvolvimento do GOHAI foi orientado por hipóteses auxiliares como: saúde oral pode ser medida usando pacientes como autoinformantes; níveis de saúde oral variam entre pacientes, e esta variação pode ser demonstrada usando medidas autoinformadas; prognósticos de saúde bucal autoinformadas podem ser identificados.

Também se definiu saúde bucal como a ausência de dor e infecção, consistindo em uma dentição confortável e funcional (natural ou protética) que permita ao indivíduo exercer seu papel social (ATCHISON; DOLAN, 1990).

Inicialmente, para o estudo preliminar, foram acumulados 36 itens de respostas, e calculou-se a frequência de problemas usando a Escala Likert com cinco pontos: sempre, frequentemente, às vezes, raramente ou nunca. Sendo a saúde bucal uma das muitas dimensões de saúde medidas na entrevista aos participantes, os 36 itens originais foram reduzidos para manter o comprimento global do questionário razoável. Doze itens foram selecionados para os testes adicionais e, na revisão, continham os itens negativo e positivo para desencorajar a concordância dos entrevistados. Além disso, baseando-se nas recomendações da Sociedade Geriátrica Americana, os itens de nº 1, 2, 4, 6, 8, 9, 10, 11 e 12 foram decodificados de forma que um baixo valor indicou um problema de saúde bucal. Assim, a contagem da escala é o total dos valores reconhecidos para os 12 itens, com uma contagem alta indicando boa saúde bucal (ATCHISON; DOLAN, 1990).

O índice ficou composto por 12 questões fechadas, e os itens envolvem a análise de informações proporcionadas pelos pacientes quanto à influência que seus problemas de saúde bucal têm em relação a três dimensões básicas:

- a) problemas físicos, que incluem alimentação, fala e deglutição;
- b) problemas psicológicos, que compreendem preocupação ou cuidado com a própria saúde bucal, insatisfação com a aparência, autoconsciência relativa à saúde bucal e o fato de evitar contatos sociais devido a problemas odontológicos;
e
- c) dor ou desconforto, considerando o uso de medicamentos para aliviar estas sensações, desde que provenientes da boca.

As pessoas entrevistadas devem responder se experimentaram quaisquer dos 12 problemas relacionados, ao longo dos últimos três meses, em uma das categorias: sempre, seguidamente, às vezes, raramente, ou nunca. Os valores correspondentes são: sempre, valor 1; às vezes, valor 2 e nunca, valor 3.

Os escores correspondentes às respostas de todos são somados e, em seguida, divididos pelo total. O índice é o resultado da soma simples dos escores. Com uma escala de 12 a 36, o maior escore indica a mais favorável autoinformação a respeito da saúde bucal, ou seja, 36 corresponde a "ótimo", e 12 a "muito ruim".

Pinto (2000) cita que, quanto mais alto for o valor do índice, melhor é classificada a saúde bucal do indivíduo e, conseqüentemente, melhor sua qualidade de vida autopercebida relacionada à saúde bucal. Na classificação geral da pontuação, de acordo com Silva et al. (2000), valores entre 34 e 36 são considerados altos, de 31 a 33 moderados, e menor do que 30 são classificados como baixos (ANEXO D).

Ressalta-se que Atchisson (1997) propôs a mudança de denominação no GOHAI, com manutenção da sigla original, intitulando-o de General Oral Health Assessment Indice, ou seja, Índice de Determinação de Saúde Bucal Geral. A proposição deveu-se aos resultados satisfatórios alcançados com a aplicação do GOHAI em outros tipos de populações, incluindo populações de negros americanos, hispânicos, grupos de jovens e de baixa renda.

c) CPOD

O CPOD é um índice importante em estudos epidemiológicos para medir e comparar o ataque de cárie em populações.

Enquanto o médico e o cirurgião-dentista clínico usam instrumentos da propedêutica clínica para medir o estado de saúde do paciente, o médico ou cirurgião-dentista especialista em saúde coletiva lança mão dos instrumentos da epidemiologia e de outras áreas do conhecimento para mensurar o nível de saúde das populações. Os instrumentos para avaliar a extensão e a profundidade dos problemas de saúde coletiva em uma determinada comunidade são medidas demográficas, epidemiológicas e indicadores relacionados aos serviços de saúde, entre outros (PEREIRA, 2006).

Como bem observa o mesmo autor, “[...] para medir os problemas, associar os resultados obtidos com outras informações e construir esse diagnóstico de saúde coletiva, os especialistas utilizam indicadores”. Outro tipo de medida utilizada são os índices.

Um índice muito utilizado na saúde bucal é o CPOD, proposto por Klein e Palmer (1937), onde: C = cariado; P = perdido (extraído); O = obturado; D = dente (unidade de medida).

O CPOD expressa o número de dentes permanentes atacados por cárie. No indivíduo examinado, ele é o resultado da soma do número de dentes permanentes cariados, do número de dentes obturados e do número de dentes perdidos. Portanto, na dentição permanente, seus valores variam de 0 (nenhum dente atacado por cárie) até 32 (todos os dentes atacados por cárie) (PEREIRA, 2003).

Em uma população, o índice CPOD é resultado da soma de todos os dentes atacados por cárie, dividido pelo número de indivíduos examinados. Como a incidência de cárie aumenta com a idade, é recomendado o cálculo do CPOD em cada idade.

$$CPO = \frac{\sum \text{dentes permanentes C + P + O}}{\text{n. de exames}}$$

Um aspecto importante é que, embora sejam utilizados critérios adaptados a partir de observações clínicas, não se trata de exame clínico, mas, sim, de exame epidemiológico (ANEXO E). O exame clínico é algo mais detalhado, que possui outra finalidade e que, em cada indivíduo, leva mais tempo. Entretanto, não significa que o exame epidemiológico seja algo simples e improvisado, como muitos imaginam. Em verdade, no exame epidemiológico aplicam-se critérios objetivos para julgar a condição dos tecidos bucais conforme eles se apresentam no momento do exame, e não como eles poderão estar no futuro, aspecto que um bom exame clínico, por possibilitar uma abordagem mais qualitativa, deve considerar (PEREIRA, 2003).

4.3.3 Análise estatística

Foi realizada estatística descritiva com frequência absoluta e relativa para as características sociodemográficas, QV e CPOD. Além disso, analisaram-se os valores máximo e mínimo, a média, a mediana e o desvio-padrão que compõem o WHOQOL-Bref, CPOD e GOHAI.

Para se comparar as variáveis segundo os grupos de idosos (institucionalizados e não institucionalizados), utilizou-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney, que é usado na comparação de duas amostras independentes. Nos resultados, considerou-se diferença significativa quando o p-valor foi inferior a 0,05, ou seja, quando indicou que os grupos testados não são semelhantes.

Utilizou-se o teste não-paramétrico de Wilcoxon para se comparar os domínios a fim de saber qual deles prevalece. Esse teste é usado para detectar diferenças na distribuição de duas amostras pareadas, ou seja, medidas feitas no mesmo indivíduo. Nos resultados, considerou-se diferença significativa quando o p-valor foi inferior a 0,05, ou seja, quando o p-valor é significativo ($<0,05$), rejeita-se a igualdade (os domínios testados diferem).

Para se medir o grau de associação entre os domínios com o CPOD e o GOHAI, foi utilizado o coeficiente de correlação, que nada mais é do que o grau de associação entre duas variáveis. Ele varia de -1 (associação totalmente negativa) a +1 (associação totalmente positiva). Neste trabalho foi utilizada a correlação de

Spearman, que é indicada para ser usada com variáveis numéricas quando suas distribuições são assimétricas e não provêm de uma distribuição normal.

5 RESULTADOS

Os resultados são apresentados de acordo com a sequência: perfil da amostra, qualidade de vida, condições de saúde bucal e correlações entre as variáveis estudadas, na forma de gráficos e tabelas.

A seguir, encontram-se as seguintes variáveis: sexo (Figura 1); faixa etária (Figura 2 e Tabela 1) e local de domicílio (Tabela 2).

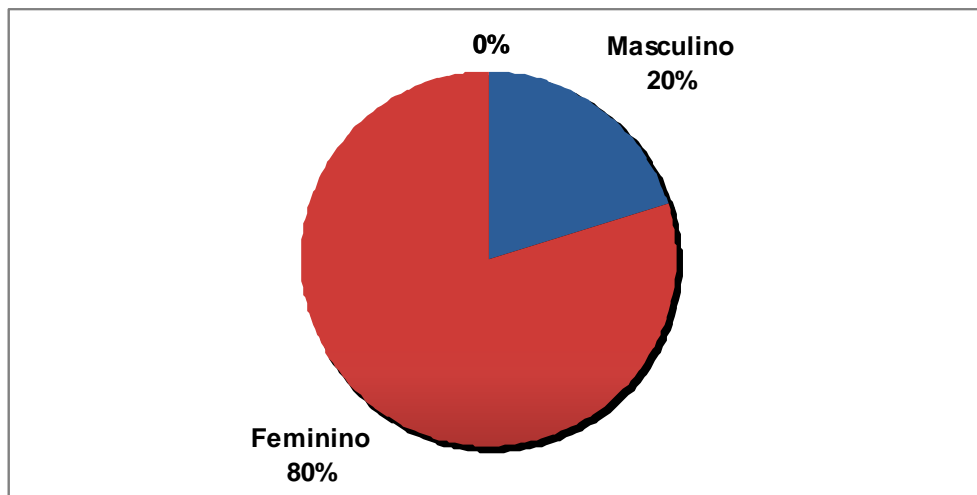


Figura 1 – Percentual de sujeitos da amostra por sexo. Serra/ES, 2010.

A Figura 2 ilustra os percentuais encontrados das idades dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

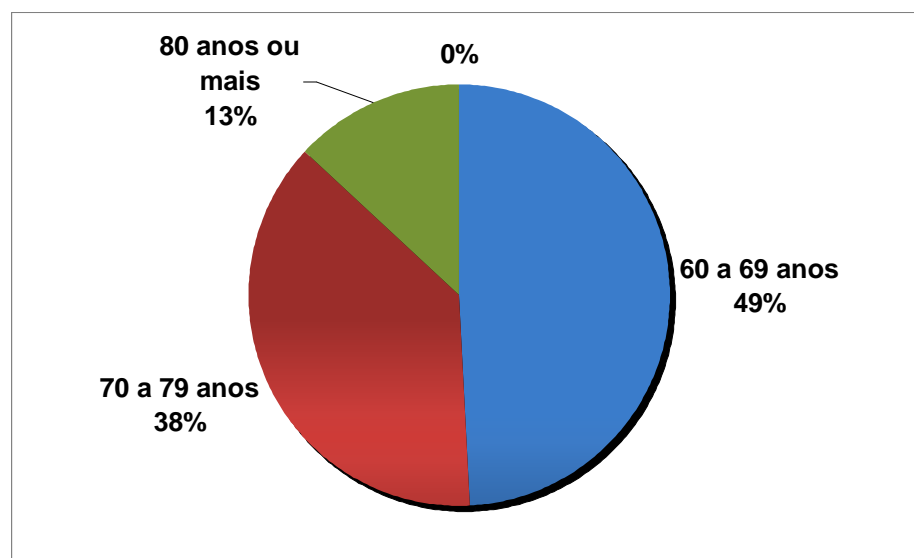


Figura 2 – Percentual das faixas etárias dos idosos envolvidos na pesquisa. Serra/ES, 2010

Tabela 1 – Distribuição em relação à idade da amostra de idosos, institucionalizados e não institucionalizados. Serra/ES, 2010.

IDADE	mínimo	máximo	mediana	média	desvio padrão
Total amostra	60,00	96,00	70,00	70,28	7,81
Idosos institucionalizados	64,00	96,00	73,00	75,24	8,12
Idosos não institucionalizados	60,00	88,00	67,50	68,65	7,06

A Tabela 2 mostra os dados relacionados à distribuição da amostra de idosos por local de domicílio.

Tabela 2 – Distribuição da amostra de idosos por local de domicílio. Serra/ES, 2010.

VARIÁVEL	n	%
Local		
Centro de Convivência (particular)	52	75,4
Coelho Sampaio (ILP)	4	5,8
Pouso da Esperança (ILP)	4	5,8
Abel Lino Portela (ILP)	5	7,2
Franciscano (ILP)	4	5,8
Total	69	100

A Tabela 3 apresenta os resultados obtidos para o questionário WHOQOL- Bref, referente ao total da amostra, com distribuição da frequência e percentual relativo a cada uma das perguntas. Por meio dela, observa-se que o maior escore encontrado é referente à pergunta 1, onde 53,6% responderam que possuem uma “boa” QV. Em seguida, tem-se o escore de 49,3%, referente à pergunta 17, que caracteriza uma “satisfação” para desempenhar as atividades do dia a dia.

Tabela 3 – Caracterização das perguntas e respostas da amostra total de idosos, ao questionário WHOQOL-Bref. Serra/ES, 2010

Perguntas		n	%
Como você avaliaria sua qualidade de vida?	Muito ruim	1	1,4
	Ruim	2	2,9
	Nem ruim, nem boa	18	26,1
	Boa	37	53,6
	Muito boa	11	15,9
Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	Muito insatisfeito	4	5,8
	Insatisfeito	11	15,9
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	16	23,2
	Satisfeito	30	43,5
	Muito satisfeito	8	11,6
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	Nada	20	29,0
	Muito pouco	11	15,9
	Mais ou menos	19	27,5
	Bastante	15	21,7
	Extremamente	4	5,8
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	Nada	3	4,3
	Muito pouco	17	24,6
	Mais ou menos	24	34,8
	Bastante	19	27,5
	Extremamente	6	8,7
O quanto você aproveita a vida?	Nada	8	11,6
	Muito pouco	12	17,4
	Mais ou menos	17	24,6
	Bastante	27	39,1
	Extremamente	5	7,2
Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	Nada	0	,0
	Muito pouco	2	2,9
	Mais ou menos	18	26,1
	Bastante	28	40,6
	Extremamente	21	30,4
O quanto você consegue se concentrar?	Nada	2	2,9
	Muito pouco	19	27,5
	Mais ou menos	25	36,2
	Bastante	20	29,0
	Extremamente	3	4,3

Continua

Continuação

Perguntas		n	%
Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	Nada	2	2,9
	Muito pouco	8	11,6
	Mais ou menos	20	29,0
	Bastante	27	39,1
	Extremamente	12	17,4
Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	Nada	1	1,4
	Muito pouco	10	14,5
	Mais ou menos	21	30,4
	Bastante	30	43,5
	Extremamente	7	10,1
Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	Nada	1	1,4
	Muito pouco	10	14,5
	Médio	22	31,9
	Muito	27	39,1
	Completamente	9	13,0
Você é capaz de aceitar sua aparência física?	Nada	0	,0
	Muito pouco	7	10,1
	Médio	27	39,1
	Muito	23	33,3
	Completamente	12	17,4
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	Nada	3	4,3
	Muito pouco	27	39,1
	Médio	30	43,5
	Muito	5	7,2
	Completamente	4	5,8
Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	Nada	3	4,3
	Muito pouco	18	26,1
	Médio	26	37,7
	Muito	18	26,1
	Completamente	4	5,8
Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	Nada	9	13,0
	Muito pouco	18	26,1
	Médio	24	34,8
	Muito	15	21,7
	Completamente	3	4,3

Continua

Continuação

Perguntas		n	%
Quão bem você é capaz de se locomover?	Muito ruim	3	4,3
	Ruim	8	11,6
	Nem ruim, nem bom	14	20,3
	Bom	30	43,5
	Muito bom	14	20,3
Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	Muito insatisfeito	8	11,6
	Insatisfeito	15	21,7
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	5	7,2
	Satisfeito	28	40,6
	Muito satisfeito	13	18,8
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	Muito insatisfeito	3	4,3
	Insatisfeito	6	8,7
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	15	21,7
	Satisfeito	34	49,3
	Muito satisfeito	11	15,9
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	Muito insatisfeito	2	2,9
	Insatisfeito	12	17,4
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	15	21,7
	Satisfeito	27	39,1
	Muito satisfeito	13	18,8
Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	Muito insatisfeito	0	,0
	Insatisfeito	4	5,8
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	11	15,9
	Satisfeito	30	43,5
	Muito satisfeito	24	34,8
Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	Muito insatisfeito	2	2,9
	Insatisfeito	6	8,7
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	11	15,9
	Satisfeito	29	42,0
	Muito satisfeito	21	30,4
Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	Muito insatisfeito	14	20,3
	Insatisfeito	3	4,3
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	20	29,0
	Satisfeito	25	36,2
	Muito satisfeito	7	10,1

Continua

		Conclusão	
Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	Muito insatisfeito	0	,0
	Insatisfeito	6	8,7
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	12	17,4
	Satisfeito	31	44,9
	Muito satisfeito	20	29,0
Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	Muito insatisfeito	2	2,9
	Insatisfeito	2	2,9
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	10	14,5
	Satisfeito	31	44,9
	Muito satisfeito	24	34,8
Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	Muito insatisfeito	10	14,5
	Insatisfeito	8	11,6
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	18	26,1
	Satisfeito	23	33,3
	Muito satisfeito	10	14,5
Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	Muito insatisfeito	9	13,0
	Insatisfeito	8	11,6
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	14	20,3
	Satisfeito	26	37,7
	Muito satisfeito	12	17,4
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	Nunca	24	34,8
	Algumas vezes	32	46,4
	Frequentemente	8	11,6
	Muito frequentemente	3	4,3
	Sempre	2	2,9
Total		69	100,0

Com relação ao total da amostra, a média, a mediana e o desvio-padrão, os valores mínimo e máximo referentes a cada domínio do WHOQOL-Bref estão descritos na Tabela 4. Nela, pode-se observar que, com relação ao WHOQOL-Bref, o domínio que apresentou maior escore médio foi o ambiente, com 26,17, e o que apresentou menor escore médio foi o relações sociais, com 10,94. Observam-se valores mínimo para o domínio relações sociais, com 4,00, e máximo para o domínio ambiente, com 36,00.

Tabela 4 – Distribuição dos valores referentes aos domínios WHOQOL-Bref obtidos da amostra de idosos. Serra/ES, 2010.

VARIÁVEL	mínimo	máximo	mediana	média	desvio-padrão
WHOQOL –BREF: Físico	9,00	34,00	24,00	23,91	5,17
Psicológico	11,00	30,00	23,00	21,87	3,50
Relações sociais	4,00	15,00	11,00	10,94	2,55
Ambiente	16,00	36,00	26,00	26,17	4,53

Quando comparados os idosos institucionalizados com os não institucionalizados (Tabela 5), em relação aos domínios do WHOQOL-Bref, verifica-se que não há diferença estatisticamente significativa entre a variável do domínio ambiente, sendo que as diferenças significativas se encontram nos domínios físico, psicológico e Relações sociais, com maiores valores (melhor QV) para os idosos não institucionalizados.

Tabela 5 – Comparação dos domínios do WHOQOL-Bref entre os idosos institucionalizados e os não institucionalizados da amostra. Serra/ES, 2010.

VARIÁVEL	institucionalizados	não institucionalizados	p-valor
Físico	26,12	37,90	0,035*
Psicológico	25,59	38,08	0,025*
Rel. Sociais	25,44	38,13	0,022*
Ambiente	32,32	35,88	0,525

Nota: * p-valor < 0,050 – rejeita-se a igualdade entre os grupos

A Tabela 6 mostra as respostas dos idosos institucionalizados e não institucionalizados da amostra, referentes à pergunta 1 do questionário WHOQOL-Bref.

Tabela 6 – Caracterização das respostas dos idosos institucionalizados e não institucionalizados da amostra, referentes à pergunta 1 do questionário WHOQOL-Bref. Serra/ES, 2010

Perguntas	nº inst.	% inst.	nº não inst.	% não inst.	
	Muito ruim	0	0,0	1	1,9
	Ruim	0	0,0	2	3,8
1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	Nem ruim, nem boa	7	41,2	11	21,2
	Boa	10	58,8	27	51,9
	Muito boa	0	0,0	11	21,2

Ao correlacionar o domínio ambiente (Tabela 7) entre os idosos institucionalizados e os não institucionalizados, observa-se que 88,2% dos institucionalizados responderam que o seu ambiente físico é bastante ou extremamente saudável, enquanto entre os idosos não institucionalizados, esse índice é de 42,3%. Perguntados acerca da satisfação com as condições do local onde moram, 82,4% dos institucionalizados responderam estar satisfeitos ou muito satisfeitos e, entre os não institucionalizados, esse índice é de 78,8%.

Tabela 7 – Correlação do domínio ambiente do WHOQOL-Bref entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados da amostra. Serra/ES, 2010

Perguntas		nº inst.	% inst.	nº não inst.	% não inst.
8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	Nada	0	0,0	2	3,8
	Muito pouco	1	5,9	7	13,5
	Mais ou menos	4	23,5	16	30,8
	Bastante	12	70,6	15	28,8
	Extremamente	0	0,0	12	23,1
9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	Nada	0	0,0	1	1,9
	Muito pouco	0	0,0	10	19,2
	Mais ou menos	2	11,8	19	36,5
	Bastante	15	88,2	15	28,8
	Extremamente	0	0,0	7	13,5
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	Nada	1	5,9	2	3,8
	Muito pouco	8	47,1	19	36,5
	Médio	8	47,1	22	42,3
	Muito	0	0,0	5	9,6
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	Completamente	0	0,0	4	7,7
	Nada	2	11,8	1	1,9
	Muito pouco	6	35,3	12	23,1
	Médio	5	29,4	21	40,4
	Muito	4	23,5	14	26,9
14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	Completamente	0	0,0	4	7,7
	Nada	4	23,5	5	9,6
	Muito pouco	5	29,4	13	25,0
	Médio	6	35,3	18	34,6
	Muito	2	11,8	13	25,0
Completamente	0	0,0	3	5,8	

Continua

Conclusão

Perguntas		nº inst.	% inst.	nº não inst.	% não inst.
23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	Muito insatisfeito	0	0,0	2	3,8
	Insatisfeito	0	0,0	2	3,8
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	3	17,6	7	13,5
	Satisfeito	13	76,5	18	34,6
	Muito satisfeito	1	5,9	23	44,2
24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	Muito insatisfeito	0	0,0	10	19,2
	Insatisfeito	2	11,8	6	11,5
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	10	58,8	8	15,4
	Satisfeito	5	29,4	18	34,6
	Muito satisfeito	0	0,0	10	19,2
25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	Muito insatisfeito	0	0,0	9	17,3
	Insatisfeito	1	5,9	7	13,5
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	9	52,9	5	9,6
	Satisfeito	7	41,2	19	36,5
	Muito satisfeito	0	0,0	12	23,1

No que tange à correlação do domínio físico (Tabela 8) entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados, observa-se que 35,2% dos institucionalizados responderam que sua capacidade para se locomover é ruim ou muito ruim, enquanto entre os não institucionalizados o índice é de 9,6%.

Tabela 8 – Correlação do domínio físico do WHOQOL-Bref entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados da amostra. Serra/ES, 2010

Perguntas		nº inst.	% inst.	nº não inst.	% não inst.
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	Nada	5	29,4	15	28,8
	Muito pouco	3	17,6	8	15,4
	Mais ou menos	3	17,6	16	30,8
	Bastante	5	29,4	10	19,2
	Extremamente	1	5,9	3	5,8
4.O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	Nada	0	0,0	3	5,8
	Muito pouco	2	11,8	15	28,8
	Mais ou menos	10	58,8	14	26,9
	Bastante	5	29,4	14	26,9
	Extremamente	0	0,0	6	11,5
10. Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	Nada	0	0,0	1	1,9
	Muito pouco	3	17,6	7	13,5
	Médio	8	47,1	14	26,9
	Muito	6	35,3	21	40,4
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	Completamente	0	0,0	9	17,3
	Muito ruim	3	17,6	0	0,0
	Ruim	3	17,6	5	9,6
	Nem ruim, nem bom	2	11,8	12	23,1
16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	Bom	9	52,9	21	40,4
	Muito bom	0	0,0	14	26,9
	Muito insatisfeito	1	5,9	7	13,5
	Insatisfeito	3	17,6	12	23,1
17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	Nem satisfeito, nem insatisfeito	3	17,6	2	3,8
	Satisfeito	7	41,2	21	40,4
	Muito satisfeito	3	17,6	10	19,2
	Muito insatisfeito	1	5,9	2	3,8
18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	Insatisfeito	1	5,9	5	9,6
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	6	35,3	9	17,3
	Satisfeito	9	52,9	25	48,1
	Muito satisfeito	0	0,0	11	21,2
	Muito insatisfeito	1	5,9	1	1,9
	Insatisfeito	6	35,3	6	11,5
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	6	35,3	9	17,3
	Satisfeito	4	23,5	23	44,2
	Muito satisfeito	0	0,0	13	25,0

Ao correlacionar o domínio psicológico (Tabela 9) entre os idosos institucionalizados e os não institucionalizados, observa-se que 0% dos institucionalizados respondeu que aceita nada ou muito pouco sua aparência física, enquanto entre os não institucionalizados o índice foi de 13,5%.

Tabela 9 – Correlação do domínio psicológico do WHOQOL-Bref entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados da amostra. Serra/ES, 2010

Perguntas		n° inst.	% inst.	n° não inst.	% não inst.
5. O quanto você aproveita a vida?	Nada	1	5,9	7	13,5
	Muito pouco	4	23,5	8	15,4
	Mais ou menos	6	35,3	11	21,2
	Bastante	6	35,3	21	40,4
	Extremamente	0	0,0	5	9,6
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	Nada	0	0,0	0	0,0
	Muito pouco	0	0,0	2	3,8
	Mais ou menos	10	58,8	8	15,4
	Bastante	6	35,3	22	42,3
	Extremamente	1	5,9	20	38,5
7. O quanto você consegue se concentrar?	Nada	0	0,0	2	3,8
	Muito pouco	7	41,2	12	23,1
	Mais ou menos	7	41,2	18	34,6
	Bastante	3	17,6	17	32,7
	Extremamente	0	0,0	3	5,8
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	Nada	0	0,0	0	0,0
	Muito pouco	0	0,0	7	13,5
	Médio	7	41,2	20	38,5
	Muito	10	58,8	13	25,0
	Completamente	0	0,0	12	23,1
19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	Muito insatisfeito	0	0,0	0	0,0
	Insatisfeito	1	5,9	3	5,8
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	5	29,4	6	11,5
	Satisfeito	8	47,1	22	42,3
	Muito satisfeito	3	17,6	21	40,4
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	Nunca	6	35,3	18	34,6
	Algumas vezes	5	29,4	27	51,9
	Frequentemente	5	29,4	3	5,8
	Muito frequentemente	0	0,0	3	5,8
	Sempre	1	5,9	1	1,9

Para o domínio relações sociais, observa-se na Tabela 10 que 58,9% dos idosos institucionalizados responderam que estão satisfeitos ou muito satisfeitos com suas relações pessoais, e entre os não institucionalizados o índice é de 76,9%.

Tabela 10 – Correlação do domínio relações sociais do WHOQOL-Bref entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados da amostra. Serra/ES, 2010.

Perguntas		nº	%	nº	%
		inst.	inst.	não inst.	não inst.
20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	Muito insatisfeito	1	5,9	1	1,9
	Insatisfeito	4	23,5	2	3,8
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	2	11,8	9	17,3
	Satisfeito	8	47,1	21	40,4
	Muito satisfeito	2	11,8	19	36,5
21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	Muito insatisfeito	1	5,9	13	25,0
	Insatisfeito	0	0,0	3	5,8
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	12	70,6	8	15,4
	Satisfeito	4	23,5	21	40,4
	Muito satisfeito	0	0,0	7	13,5
22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	Muito insatisfeito	0	0,0	0	0,0
	Insatisfeito	4	23,5	2	3,8
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	4	23,5	8	15,4
	Satisfeito	7	41,2	24	46,2
	Muito satisfeito	2	11,8	18	34,6

Com relação ao CPOD, os valores encontrados variaram entre 17 e 28, sendo a média 25,71. Para os idosos institucionalizados, esses valores vão de 22 a 28, sendo a média 27,06, e para os idosos não institucionalizados os valores estão entre 17 e 28, tendo como média 25,27 (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição dos valores referentes ao CPOD dos idosos institucionalizados e não institucionalizados da amostra. Serra, 2010

GRUPO	VARIÁVEL	mínimo	máximo	mediana	média	desvio padrão
Amostra Total	CPOD	17,00	28,00	28,00	25,71	3,22
Idoso Institucionalizado	CPOD	22,00	28,00	28,00	27,06	1,89
Idoso Não Institucionalizado	CPOD	17,00	28,00	28,00	25,27	3,45

Na Tabela 12, verificam-se dados referentes ao uso de prótese, nos idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Tabela 12 – Distribuição do uso de prótese nos idosos institucionalizados e não institucionalizados da amostra. Serra/ES, 2010.

VARIÁVEIS	n°	%
Usa prótese superior		
Parcial	8	14,5
Total	47	85,5
TOTAL	55	100
Usa prótese inferior		
Parcial	7	21,9
Total	24	75
Overdenture	1	3,1
TOTAL	32	100

A Tabela 13 mostra dados referentes à necessidade de prótese.

Tabela 13 – Distribuição da necessidade de prótese nos idosos institucionalizados e não institucionalizados da amostra. Serra/ES, 2010.

VARIÁVEIS	nº	%
Necessita prótese superior		
Parcial	3	30
Total	7	70
TOTAL	10	100
Necessita prótese inferior		
Parcial	19	67,9
Total	9	32,1
	28	100

Outro achado da pesquisa foi que 47,8% (nº 33) dos idosos estudados são edêntulos (perda total dos dentes), sendo que entre os institucionalizados o índice é de 71% e, entre os não institucionalizados, o mesmo índice é de 40%, como pode ser visto na Tabela 14 e nos Gráficos 3 e 4.

Tabela 14 – Distribuição do total da amostra dos idosos edêntulos. Serra/ES, 2010.

VARIÁVEL	nº	%
Total amostra		
Edêntulos	33	47,8
Presença de pelo menos um elemento dentário	36	52,2
Total	69	100

As figuras 3 e 4 apresenta dados referentes ao edentulismo na amostra de idosos estudados.



Figura 3 – Percentual da amostra de idosos institucionalizados edêntulos. Serra/ES, 2010.



Figura 4 – Percentual da amostra de idosos não institucionalizados edêntulos. Serra/ES, 2010.

A Tabela 15 apresenta dados referentes ao questionário GOHAI. Observa-se que o maior escore encontrado é referente à pergunta 8, onde 75,4% responderam que “nunca” precisaram usar medicações para aliviar dor ou desconforto relacionados à

boca, e o menor escore também se refere à mesma pergunta, onde 5,8% responderam que “sempre” precisaram da medicação.

Tabela 15 – Caracterização das perguntas e respostas da amostra total de idosos, ao questionário GOHAI. Serra/ES, 2010.

Perguntas		nº	%
Limitou o tipo e quantidade de alimentos que come por causa de problemas com seus dentes ou próteses?	Sempre	12	17,4
	Às vezes	14	20,3
	Nunca	43	62,3
Teve dificuldade em morder ou mastigar certos alimentos, como carne firme ou maçãs? (Continua tabela 15)	Sempre	23	33,3
	Às vezes	14	20,3
	Nunca	32	46,4
Foi capaz de engolir confortavelmente?	Sempre	45	65,2
	Às vezes	10	14,5
	Nunca	14	20,3
Percebeu que seus dentes ou próteses o (a) impediram de falar como gostaria?	Sempre	12	17,4
	Às vezes	18	26,1
	Nunca	39	56,5
Foi capaz de comer qualquer coisa sem se sentir desconfortável?	Sempre	31	44,9
	Às vezes	21	30,4
	Nunca	17	24,6
Evitou contato com as pessoas por causa das condições de seus dentes e gengivas ou próteses?	Sempre	8	11,6
	Às vezes	13	18,8
	Nunca	48	69,6
Sentiu-se contente ou feliz com a aparência de seus dentes e gengivas ou próteses?	Sempre	33	47,8
	Às vezes	20	29,0
	Nunca	16	23,2
Precisou usar medicações para aliviar dor ou desconforto relacionados à sua boca?	Sempre	4	5,8
	Às vezes	13	18,8
	Nunca	52	75,4
Aborreceu-se ou teve preocupações a respeito de problemas com seus dentes, gengivas ou próteses?	Sempre	9	13,0
	Às vezes	20	29,0
	Nunca	40	58,0
Sentiu-se nervoso (a) por causa de problemas com seus dentes, gengivas ou próteses?	Sempre	12	17,4
	Às vezes	18	26,1
	Nunca	39	56,5
Sentiu-se desconfortável comendo diante de pessoas por causa de seus dentes, gengivas ou próteses?	Sempre	11	15,9
	Às vezes	20	29,0
	Nunca	38	55,1
Sentiu seus dentes ou gengivas sensíveis ao quente, ao frio ou aos doces?	Sempre	7	10,1
	Às vezes	17	24,6
	Nunca	45	65,2
Total		69	100,0

A Tabela 16 mostra a média, a mediana e o desvio-padrão, os valores mínimo e máximo referentes ao GOHAI, onde se observa que a média foi 27,13.

Tabela 16 – Distribuição dos valores do GOHAI referentes à amostra de idosos institucionalizados e não institucionalizados do município da Serra/ES, 2010.

VARIÁVEL	mínimo	máximo	mediana	média	desvio padrão
GOHAI	12,00	33,00	28,00	27,13	4,12
GOHAI idoso institucionalizado	23,00	31,00	26,00	26,65	2,96
GOHAI idoso não institucionalizado	12,00	33,00	29,00	27,29	4,44

Quando comparados os idosos institucionalizados com os não institucionalizados, conforme Tabela 17, verifica-se que não há diferença estatisticamente significativa entre as variáveis CPOD e GOHAI.

Tabela 17 – Comparação das variáveis CPOD e GOHAI entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados da amostra. Serra/ES, 2010.

VARIÁVEL	institucionalizados	não institucionalizados	p-valor
CPOD	42,00	32,71	0,059
GOHAI	30,94	36,33	0,333

Nota: * p-valor < 0,050 – rejeita-se a igualdade entre os grupos

6 DISCUSSÃO

A amostra estudada foi constituída de 69 idosos, sendo 17 institucionalizados e 52 não institucionalizados. Em relação aos dados sócio-demográficos, observou-se que a maioria era do sexo feminino, constituindo o percentual de 80% (n 55), enquanto 20% (n 14) eram do sexo masculino (Gráfico 1). Esse resultado está de acordo com os estudos realizados por Silva e Valsecki Junior (2000), Farenzena et al. (2007), Pereira et al. (2006) e Sousa et al. (2003).

Os resultados obtidos nesse estudo confirmam a tendência dos estudos relacionados com idosos, ao verificarem que, nos grupos, a participação masculina é sempre menor que a feminina, de forma que se imagina ser a velhice, no Brasil, uma experiência majoritariamente feminina. Esse resultado está de acordo com o estudo de Dias, Tibério e Ferrari (2005). Esses autores ressaltam que, no Brasil, o número absoluto de mulheres idosas tem sido superior, quando confrontado com o de homens de 65 anos ou mais.

Com relação à idade, verificou-se que 49% da amostra (n 34) se enquadram na faixa etária entre 60 a 69 anos (Figura 2), o que corrobora os estudos de Pereira et al. (2006).

Nesse contexto, o trabalho de Sousa, Galante e Figueiredo (2003), ao analisar a qualidade de vida dos idosos na população portuguesa, se contrapõe ao presente estudo, ao constatar que a faixa etária preponderante é entre 75 e 79 anos.

Provavelmente, uma das justificativas para esse fato é que, de acordo com os critérios da OMS (2001), para os países desenvolvidos, como na Europa, são idosas as pessoas com mais de 65 anos de idade, se contrapondo aos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, onde são considerados idosos aqueles com mais de 60 anos. Ademais, supõe-se que a QV em Portugal seja superior à do Brasil, o que resulta em maior expectativa de vida e longevidade.

Ainda no que tange à idade, a média da amostra estudada foi de 70,28 anos (Tabela 1), semelhantes às encontradas por Silva e Valsecki Junior (2000), 71,4 anos; Farenzena et al. (2007), 71,9 anos e Pereira et al. (2006), 71,09 anos.

Na amostra estudada, a idade média para os idosos que vivem em ILP foi 75,24 anos, e para os que não vivem em ILP, foi 68,65 anos (Tabela 1). Nos estudos de Silva e Valsecki Junior (2000), a idade média para aqueles que vivem em ILP foi 73,6 anos, e os que não vivem em ILP, 69,3 anos. Ou seja, ambos os estudos constataram que os idosos em ILP têm maior idade média do que aqueles que não vivem em ILP. Esse resultado sugere que uma maior exposição aos enfrentamentos diários pode influenciar para uma menor longevidade.

Compartilhando dessa idéia, Streim (1999) ressalta que esse fato ocorre porque, à medida que as pessoas vão envelhecendo, tendem a necessitar de maiores cuidados e de maior atenção e dedicação por parte da família, o que, para muitos, se torna um fardo que culmina com a institucionalização. Geralmente o que levanta a questão da institucionalização é a combinação da crescente debilidade da pessoa idosa, que geralmente aumenta com o avançar da idade, e dos decrescentes recursos emocionais e financeiros dos membros da família.

Perguntados acerca da sua QV, observou-se que 53,6% (n 37) dos idosos da amostra total a avaliaram como “boa”, e 15,9% (n 11) a avaliaram como “muito boa” (Tabela 3). Ao se analisar esse dado separando-se os grupos (Tabela 6), verificou-se que 58,8% (n 10) dos institucionalizados e 51,9% (n 27) dos não institucionalizados a avaliaram como “boa”, e 0% dos institucionalizados e 21,2% (n 11) dos não institucionalizados a avaliaram como “muito boa”. Através desses dados, verificou-se que os idosos da amostra, de uma maneira global, estão satisfeitos com sua QV, o que corrobora os estudos de Farenzena et al. (2007), Pereira et al. (2006) e Sousa et al. (2003).

Observa-se que, neste estudo, o domínio ambiente foi prevalente (Tabela 4), ou seja, apresentou maior pontuação entre todos os domínios do WHOQOL-Bref, o que se contrapõe aos estudos de Pereira et al. (2006), que informam ser o domínio físico o de maior prevalência.

Esse dado pode ser explicado ao se correlacionar o domínio ambiente (Tabela 7) entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados, onde se observou que os idosos da amostra, em ambos os grupos, possuem um bom grau de satisfação com o ambiente onde vivem.

Segundo a OMS (2001), o ambiente em que o idoso está inserido pode determinar a dependência ou não do indivíduo. Dessa forma, é mais provável que um idoso esteja física e socialmente ativo se puder caminhar com segurança à casa de seus vizinhos e ao parque ou tomar o transporte local.

Neri (2003) ressalta que os idosos com limitações em seu ambiente físico têm cinco vezes mais chances de sofrer depressão e, de acordo com O'Shea (2003), a moradia e o ambiente físico adequados têm influência positiva na qualidade de vida do idoso. Esse autor relata ainda que, quanto mais ativo o idoso, maior sua satisfação com a vida e, conseqüentemente, melhor sua qualidade de vida.

Em acréscimo, observa-se que idosos que vivem em ambientes inseguros são menos propensos a saírem sozinhos, e, portanto, estão mais suscetíveis ao isolamento e à depressão, bem como a ter mais problemas de mobilidade e pior estado físico, aspectos que influenciam a qualidade de vida.

No que tange à pergunta referente às atividades de lazer, verificou-se baixos escores (Tabela 7), demonstrando haver essa necessidade no grupo de idosos estudados, o que se contrapõe aos achados de Farenzena et al. (2007), onde 92,6% (n 75) da amostra praticam alguma atividade de lazer.

Essa discrepância, provavelmente, se deve ao fato de que o estudo dos citados autores foi realizado na cidade de Veranópolis/RS, que conta com um projeto de envelhecimento e qualidade de vida e com um Centro de Geriatria e Gerontologia. A amostra de idosos foi obtida por conveniência, extraída dos idosos frequentadores desse projeto, que é onde a pesquisadora trabalha.

A experiência da prática de lazer, segundo Pereira et al. (2006), aumenta o processo de integração entre as pessoas, sejam estas jovens ou idosas, sem diferenciar, portanto, a idade do indivíduo que a vivencia. Todos os que se mantêm fisicamente ativos possuem atitudes mais positivas para diversas atividades e com maior habilidade para lidar com as tensões.

Ainda em relação ao domínio ambiente, observou-se que não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos (Tabela 5), ou seja, tanto os idosos institucionalizados como os não institucionalizados têm avaliação estatisticamente

igual quanto às questões do domínio ambiente, não importando o fato de estarem em ILP ou em domicílios particulares, o que faz perceber que as instituições cumprem sua função no que diz respeito a esse assunto.

Em relação ao domínio físico (Tabela 8), ressalta-se a importância da capacidade funcional, que surge como um novo paradigma de saúde. O envelhecimento saudável passa a ser visto como uma alteração multidimensional entre saúde física e mental e independência na vida diária, corroborando com Ballone (2002), quando afirma que uma das principais necessidades humanas básicas, principalmente para o idoso, é a chamada autonomia funcional. Esta se refere à capacidade que tem a pessoa para valer-se de si mesma, interagir com o ambiente e satisfazer suas necessidades.

Também Sousa, Galante e Figueiredo (2003), acrescentam que a QV na velhice tem sido associada a questões de independência e autonomia, e a dependência do idoso resulta das alterações biológicas (incapacidades) e de mudanças nas exigências sociais.

Dessa forma, o bem-estar do idoso seria resultado do equilíbrio entre as diversas dimensões da capacidade funcional, sem significar ausência de problemas em todas as dimensões, tendo em vista que o bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de enfermidades (XAVIER et al., 2003).

Ao se analisar o domínio psicológico, com relação à aceitação da sua aparência física, verificou-se que poucos idosos da amostra a rejeitaram (Tabela 9, pergunta 11). Esse resultado, entretanto, se contrapõe aos achados de Rocha e Cunha (2004), que relatam que muitos idosos rejeitam o próprio envelhecimento, em virtude da imagem que fazem de si mesmos, desenvolvendo sentimentos de autodesvalorização e de baixa autoestima.

Branden (2005) observa que conhecer a relação que o idoso mantém com seu corpo e as implicações disto na sua autoestima são fundamentais para que os profissionais de saúde considerem, em suas práticas – avaliações e intervenções –, todos os aspectos que envolvam a saúde do indivíduo, sejam eles físicos, psicológicos, emocionais, mentais, entre outros, objetivando entender e estimular o idoso.

Nesse sentido, Dini (2001) observa que uma das grandes responsáveis pela autoestima é a aparência. A autopercepção da sua aparência consiste em como o indivíduo se julga, sendo de corpo inteiro ou de uma parte específica dele. O citado autor define autoestima como sendo o sentimento, o apreço e a consideração que uma pessoa sente por si própria, ou seja, o quanto ela gosta de si, como ela se vê e o que pensa sobre ela mesma.

Branden (2005) ressalta que a presença de uma autoestima positiva é indispensável para uma vida satisfatória, pois leva o indivíduo a sentir-se confiante, adequado à vida, competente e merecedor de tudo o que conquistou. Ou seja, a autoestima gera qualidade de vida, que gera saúde.

Ainda sobre o domínio psicológico, ao serem perguntados acerca da frequência dos sentimentos negativos, como mau humor e depressão (Tabela 9, questão 26), a maioria dos idosos respondeu “algumas vezes” ou “frequentemente”.

Na visão de Ballone (2002), isso se justifica pelo fato de que, do ponto de vista vivencial, o idoso está numa situação de perdas continuadas. A diminuição do suporte sócio-familiar, a perda do status ocupacional e econômico, o declínio físico continuado, a maior frequência de doenças físicas e a incapacidade pragmática crescente compõem o elenco de perdas suficientes para um expressivo rebaixamento do humor e o surgimento da depressão.

A depressão é uma doença de difícil diagnóstico, especialmente na faixa etária acima dos 60 anos. Esse agravo pode ocorrer por vários motivos: o paciente mais velho não costuma chegar ao médico e dizer que está triste, choroso, sem enxergar graça na vida, entre outros sintomas depressivos clássicos. Ele apresenta mais queixas físicas, como fraqueza e dores generalizadas que não se resolvem, além de problemas de memória, de falta de concentração, de vontade de comer e de libido, que se confundem com os sintomas de doença física. (PASCHOAL; FRANCO; SALES, 2007).

No que diz respeito ao domínio relações sociais, verificou-se que foi o de menor prevalência neste estudo (Tabela 4), ou seja, foi o que apresentou menor QV dentre todos os domínios do WHOQOL-Bref.

Ao se analisar separadamente os grupos (Tabela 10), verificou-se que tanto os idosos institucionalizados quanto os não institucionalizados estão satisfeitos com suas relações pessoais (Tabela 10, pergunta 20) e com o apoio que recebem dos amigos (Tabela 10, pergunta 22). Ressalta-se que as diferenças estatisticamente significativas estão nas respostas “muito satisfeitos”, onde os não institucionalizados possuem maior escore, o que está de acordo com a pesquisa de Carneiro e Falcone (2005).

Uma possível explicação para esse resultado é que os idosos em ILP vivem um isolamento, onde é comum a pouca comunicação entre eles. É importante considerar que estudos sugerem que as deficiências e comprometimentos em habilidades sociais podem caracterizar relações sociais restritas e conflitivas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2002).

Em contrapartida, Frutuoso (1999) relata que muitos estudos fazem referência a um aumento da qualidade de vida e da longevidade em idosos que apresentam vida social intensa. Esses dados sustentam a importância dos relacionamentos sociais para o bem-estar físico e mental na velhice e, conseqüentemente, para uma vida com qualidade.

O argumento em favor da ideia de que as relações sociais podem, de várias formas, promover melhores condições de saúde, tem sido salientada nos estudos (RAMOS, 2002). Por outro lado, a ausência de convívio social causa severos efeitos negativos na capacidade cognitiva geral, além de depressão (KATZ; RUBIN, 2000).

A pobreza de relações sociais como um fator de risco à saúde tem sido considerada tão danosa quanto o fumo, a pressão arterial elevada, a obesidade e a ausência de atividade física (ANDRADE; VAITSMAN, 2002). Esse conjunto de evidências sugere que a deterioração da saúde pode ser causada não somente por um desgaste natural do organismo, sedentarismo ou uso de tabaco, mas, também, pela redução da quantidade ou qualidade das relações sociais (RAMOS, 2002).

De uma forma geral, pode-se argumentar que as pessoas que têm maior contato social vivem mais e com melhor saúde do que as pessoas com menor contato social. No entanto, Oliveira e Jacquemin (2001) ressaltam que a qualidade dos contatos sociais é mais importante do que a quantidade. Os dados destacados até o presente

momento indicam que habilidades sociais estão diretamente ligadas a uma melhor qualidade de vida.

Ressalta-se que, neste estudo, não se pode afirmar que os idosos que vivem em ILP possuem baixa QV no domínio relações sociais. Pode-se afirmar, tão somente, que sua QV é menor que a QV dos não institucionalizados.

Quanto aos dados do CPOD, verificou-se que, ao se avaliar a amostra como um todo, obtém-se o índice variando entre 17 e 28 (Tabela 11). Esses valores se assemelham aos estudos de Moreira et al. (2005), onde o CPOD variou entre 25 e 31, e Colussi e Freitas (2002), onde a variação ficou entre 26,8 e 31 – todos considerados como alto índice, segundo a OMS.

Quando se comparam os idosos institucionalizados e não institucionalizados, verifica-se que o CPOD, embora com diferença estatisticamente não significativa (Tabela 17), é maior nos idosos que vivem em ILP (Tabela 11), o que está de acordo com os achados de Silva e Valsecki Junior (2000).

Um fato que deve ser levado em consideração, neste contexto, e que pode justificar esses achados, é que os idosos tiveram seus hábitos formados numa época em que a Odontologia Preventiva, ou de promoção de saúde, ainda era centrada nas principais doenças bucais (cárie e doença periodontal), sendo as técnicas e os recursos para prevenção e manutenção dos dentes muito limitados. Assim, era comum considerar a eliminação de dentes (entendidos como foco de doença) como uma forma viável de tratamento, sem haver, no entanto, qualquer entendimento da relação entre a importância da reabilitação protética e a qualidade de vida.

Com o envelhecimento, algumas alterações ocorrem na boca. Contudo, o que deve mudar é a ideia de que perder os dentes e usar um par de dentaduras é uma consequência natural da idade. A tendência atual é que o indivíduo envelheça com os dentes. Hoje se fala em prevenção em todos os aspectos. Não só em prevenção de cáries, mas prevenção de câncer bucal ou inflamações na gengiva, sempre no sentido de poupar as pessoas de sofrimentos com dor e perda de dentes, proporcionando a esses indivíduos uma melhor qualidade de vida.

Ao se analisar a Tabela 12, observa-se maior uso de prótese total superior (n 47), seguido de prótese total inferior (n 24), o que está de acordo com os estudos de Colussi e Freitas (2002) e Moreira et al. (2005), que também constataram que o uso de prótese total é maior no arco superior.

O maior percentual verificado de uso de prótese dentária no arco superior pode ser um indicador de maior preocupação dos indivíduos com a sua estética facial, já que os dentes superiores costumam ser mais visíveis durante o sorriso, enquanto os dentes da arcada inferior normalmente não são tão evidenciados. Outra explicação possível é que a prótese inferior apresenta, na maioria dos casos, difícil retenção e adaptação no rebordo inferior.

Com relação à necessidade de prótese, infere-se da Tabela 13 que há maior necessidade da prótese inferior (n 28) que da prótese superior (n 10). Esses dados são semelhantes aos achados de Moreira et al. (2005).

Uma possível explicação para a alta necessidade de prótese encontrada nesse estudo é a escassez de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no município da Serra especializados em prótese dentária, levando a população usuária dos serviços públicos a uma condição protética deficiente.

Apesar de o Brasil possuir uma proporção adequada de cirurgiões-dentistas por habitante, isso não tem correspondido à melhoria das condições de saúde bucal da população e, ainda que não se disponha de evidência epidemiológica desse fato, é notório que a mutilação dentária marca fortemente adultos e idosos brasileiros (MOYSÉS et al., 2008).

No presente estudo, essa informação é constatada ao se observar a Tabela 14, que traz o índice de idosos edêntulos: 47,8% (n 33), o que corroboram os achados de Silva e Valsecki Junior (2000), Colussi e Freitas (2002) e Moreira et al. (2005).

A alta prevalência de edentulismo na terceira idade, para Pucca Jr (2000), desnuda a ineficiência das formas de planejamento de programas que possuem características excludentes de acesso.

Quando se comparam os idosos institucionalizados e não institucionalizados (Figuras 3 e 4), verifica-se que o edentulismo é maior nos idosos que vivem em ILP

(71%) do que naqueles que não vivem em ILP (40%). Dados semelhantes foram encontrados por Silva e Valsecki Junior (2000).

Moriguchi (1992 apud BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002) cita que um indivíduo com todos os dentes tem uma capacidade de mastigação de 100%. Com a perda de um dente, essa capacidade passa a ser de 70%. Com uma prótese unitária, a capacidade é de 90%, e com prótese total é de 25%. Esse mesmo autor relata que se pode observar uma diminuição acentuada da dentição após os 60 anos, e que a perda dental tem influência sobre a mastigação, a digestão, a pronúncia e o aspecto estético e predispõe a doenças geriátricas. Em nossa cultura, o idoso é visto como um indivíduo desdentado, o que infelizmente traduz a realidade atual.

Caldas Junior et al. (2005), em seu estudo, acrescentaram ao formulário utilizado para pesquisa uma questão que perguntava ao idoso se ele sabia a razão de ter perdido os dentes. De acordo com os relatos, a perda dos dentes, com o passar dos anos, foi vista como uma consequência natural dentro do processo de envelhecimento e representou, para os idosos, a única forma de tratamento disponível na época da juventude e/ou na fase de adulto jovem. Pelo alto custo do tratamento odontológico em consultórios particulares, eles disseram optar pelo atendimento em postos de saúde, onde o tratamento oferecido era, na maioria das vezes, a exodontia. Essa constatação também pode ser observada nos estudos de Thompson et al. (2000).

Em relação à autopercepção da saúde bucal, observa-se que os idosos estudados avaliam a sua saúde bucal como excelente ou razoável (tabela 15). Esses dados estão de acordo com os estudos de Bonan et al. (2008) e Grigoletto (2007).

No presente estudo, 62,3% (n 43), responderam que “nunca” houve limitação do tipo e quantidade de alimento que comem por causa de problemas com seus dentes ou próteses, enquanto 65,2% (n 45) responderam que “sempre” engoliram alimentos confortavelmente; 69,6% (n 48) “nunca” evitaram contato com as pessoas por causa das condições de seus dentes/gengivas ou próteses; e 55,1% (n 38) “nunca” se sentiram desconfortáveis comendo diante de outras pessoas (Tabela 15).

Ressalta-se que, embora os idosos desse estudo tenham classificado sua saúde bucal como excelente ou razoável, constatou-se um percentual considerável de

indivíduos edêntulos (47,8% - Tabela 14). Além disso, a média GOHAI foi 27,13 (Tabela 16), qualificando como negativa a saúde bucal.

Nota-se que, quando comparados os idosos institucionalizados e não institucionalizados, verifica-se que não há diferença estatisticamente significativa entre a variável GOHAI (Tabela 17), ou seja, o fato de estarem em ILP ou em seus domicílios particulares não interfere na autoavaliação da sua saúde bucal. Esses achados corroboram os estudos de Costa, Saintrain e Vieira (2010) e Bonan et al. (2008).

Diante disso, nota-se que os idosos reconhecem a importância dos dentes naturais, mas não percebem como a perda dentária pode alterar sua saúde e interferir na sua QV, haja vista a deficiência de autopercepção da saúde bucal.

No que diz respeito ao tema proposto, há que se destacar que a boca merece muita atenção, principalmente quando se reporta a pessoas idosas, porque é um local que apresenta sinais patognomônicos sobre a saúde geral. Um indivíduo com boas condições de saúde bucal, com dentes, pode sorrir, conversar, se alimentar, falar e se relacionar com as outras pessoas de uma maneira muito diferente daquela edêntula, com ausência parcial de dentes ou dentes quebrados, cariados, mau hálito e próteses desadaptadas – fatores de risco para a saúde geral, física, psicológica e emocional.

Não há dúvida que, além do aspecto psicológico envolvendo a autoestima, essa situação pode causar outros problemas decorrentes da má alimentação, pela preferência de alimentos mais pobres do ponto de vista nutricional e mesmo pela ingestão praticamente sem mastigar, dificultando muito a digestão e a absorção dos nutrientes pelo organismo.

Logo, percebe-se que a saúde bucal está diretamente ligada à saúde geral e à qualidade de vida, permitindo afirmar que o serviço público necessita de reformulação, direcionando ações específicas ao problema dos idosos, dentre os quais se situa a falta de dentes. Além de medidas educativas e preventivas, deve-se pensar em medidas reabilitadoras, no caso específico do edentulismo.

7 CONCLUSÃO

Os dados encontrados nesse estudo permitem concluir que:

- a) não houve relação entre QV, condição de saúde bucal e autopercepção da saúde bucal;
- b) a QV foi considerada boa para a amostra estudada, porém com valor percentual maior para os idosos não institucionalizados;
- c) o edentulismo esteve presente nos dois grupos, sendo predominante nos idosos institucionalizados, determinando um alto índice CPOD; e
- d) a autopercepção da saúde bucal foi negativa para amostra estudada. Sugere-se a implementação de políticas públicas de educação em saúde para valorização da saúde bucal como parte indissociável da saúde geral, com ações e estratégias voltadas para a QV da amostra de idosos brasileiros estudada.

8 REFERÊNCIAS

ANDRADE, G. B.; VAISTSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.

ATCHISON, K. A.; DOLAN, T. A. Development of the geriatric oral health assessment index. **Journal of Dental Education**, Washington, v. 54, n. 11, p. 680-687, 1990.

ATCHISON, K. A. The General Oral Health Assessment Index (The Geriatric Oral Health Assessment Index). In: SLADE, G.D. (Ed.). **Measuring oral health and quality of life**. Chaper Hill: University of North Carolina, School Dentistry, 1997. p. 71-80.

BALLONE, G.J. **Depressão do Idoso, 2001**. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/geriat/depidoso.html>>. Acesso em : 10 de novembro de 2007.

BONAN, P.R.F. et al. Condições bucais e de reabilitação insatisfatórias dissociadas da percepção de qualidade de vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 23, p. 115-119, 2008.

BORGES, C. Cidade de Serra. Disponível em: <www.clerioborges.com.br/cidadesserra.html>. Acesso em: 1 maio 2010.

BORN, T.; BOECHAT, N. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In FREITAS, V. et al. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BRANDEN, N. **Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo**. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

BRASIL. Decreto n.º 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 12277, 4 jul. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm>. Acesso em: 3 mar. 2010.

BRASIL. Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 jan. 1994. Disponível em: <<http://www.fiscosoft.com.br/index.php?PID=104911&amigavel=1#ixzz13qCZ09bK>>. Acesso em: 3 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.395/99. Política de proteção da saúde dos idosos. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/geido/legislacao/portaria_1395_99.asp>. Acesso em: 5 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Subsecretaria de Recursos Humanos. **Estatuto do idoso**. Brasília, 2010.

BRUNETTI, R.; MONTENEGRO, F. **Odontogeriatría: noções de interesse clínico**. São Paulo: Artes Médicas, 2002.

CARNEIRO, R. S.; FALCONE, E. O (2005). Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 119-126, 2005.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1313-1320, set./out. 2002.

CORMACK, E.F. **A saúde oral do idoso**. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.html>>. Acesso em: 10 set. 2007.

COSTA, W.G.A.; MAEDA, S. T. Repensando a rede básica de saúde e o distrito sanitário. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 25, p. 15-29, 2001.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das relações interpessoais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

DIAS, C. C.; TIBÉRIO, D.; FERRARI, F. L. Qualidade de vida e saúde oral do idoso. **JBG J. bras. odonto.**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 23-27, abr./jun. 2005.

DINI, M. **Adaptação cultural, validade e reprodutibilidade da versão brasileira da escala de autoestima de Rosenberg**. 2001. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo, 2001.

FARENZENA, W.P. et al. Qualidade de vida em um grupo de idosos de Veranópolis. **Revista Kainós**, São Paulo, v. 10, p. 225-243, dez. 2007.

FÉREZ, J. J. Percepción de salud bucal, calidad de vida y bienestar subjetivo en ancianos. **Revista ADM**, México, v. 63, n. 5, p. 181-184, sept./oct. 2006.

FERREIRA, R. C. et al. Impacto psicossocial e funcional da condição de saúde bucal em idosos hospitalizados. **RPG Revista de Pós-Graduação**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 279-285, out./dez. 2007.

FLECK, M. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, jan./mar. 1999.

FLECK, M. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOCOL- Bref. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FRUTUOSO, D. **A terceira idade na universidade**. Rio de Janeiro: Ágora da Ilha, 1999.

GRIGOLETTO, J. **Percepção de risco em relação à saúde bucal de indivíduos cadastrados em um núcleo de saúde da família de Ribeirão Preto-SP**. 2007. 197p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

IBGE. **Características demográficas e socioeconômicas da população**: anuário estatístico do Brasil: 2000. Brasília, 2000.

IBGE. **Cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 1 maio 2010.

KALACHE, A.; VERAS, P.; RAMOS, R. Envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, p. 200-210, 1987 Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v21n3/05.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2010.

KANDELMAN, D.; PETERSEN, P.E.; UEDA, H. Oral health, general health, and quality of life in older people. **Special care in dentistry**, Chicago, v. 28, n. 6, p. 224-236, 2008.

KATTZ, L.; RUBIN, M. **Mantenha o seu cérebro vivo**. São Paulo: Sextante, 2000.

KLEIN, H.; PALMER, C.E. Dental caries in american indian children. **Pub. Health Bull.**, Washington, n. 239, p. 57, 1937.

LANDEIRO, G. M. B. et al. Revisão sistemática dos estudos indexados na base de dados Scielo sobre qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, 17-22, 2009.

LEME, L. E. G. **O envelhecimento: mitos e verdades**. São Paulo: Contexto, 1997.

MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MOREIRA, R.S. et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1665-1675, 2005.

MOYSÉS, S. T.; KRIEGER, L.; MOYSÉS, S. J. **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médias, 2008.

NÉRI, A. **Qualidade de vida no adulto maduro**. Campinas: Papirus, 2003.

OLIVEIRA, E. A.; JACQUEMIN, A. A vivência afetiva em idosos. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 68-83, 2001.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Salud y envejecimiento: un documento para el debate: version preliminar. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 2001.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Las condiciones de salud em las Américas**. Washington: OPS, 2005.

O'SHEA, E. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. [S.I.]: Council of Europe on Publication, 2002.

PASCHOAL, S.; FRANCO, P.; SALLES, R. **Epidemiologia do envelhecimento**. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: Atheneu, 2007.

PEREIRA, A. **Guia prático de utilização**: análise de dados para ciências sociais e psicologia. São Paulo: Sílabo, 2006.

PEREIRA R.J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global dos idosos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 27-38, jan./abr. 2006.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 43. ed. São Paulo: Ed. Santos, 2000.

PORTELLA, M.; BASTOS, M.; PEREIRA, C. Qualidade de vida no idoso: uma proposta de otimização cognitiva. Disponível em: <<http://www.cpafrj.com/ler/Artigo.php?idartigo=7>>. Acesso em: 19 set. 2007.

SERRA (Espírito Santo). Prefeitura Municipal da Serra. Disponível em: <<http://www.serra.es.gov.br/index.asp?arq=cidade/historia&nav=cidade/menu>>. Acesso em: 30 abr. 2010.

PUCCA JR, G. A. **A saúde bucal do idoso**: aspectos demográficos e epidemiológicos. São Paulo: Medcenter, 2000.

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 7, p. 156-175, 2002.

ROCHA, F.; CUNHA, V. Aspectos psicológicos e psiquiátricos das quedas do idoso. **Arquivos Brasileiros de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 1, p. 9-12, 2004.

COSTA E.H.M; SAINTRAIN M.V.L; VIEIRA A.P.G. Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Ciências saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2925-2930, set. 2010.

SHINKAI, R.; DEL BEL CURY, A. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 16, n. 4, p. 1099-1109, out./dez. 2000.

SILVA, S.R.C.; FERNANDES, R.A. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 349-355, 2001.

SILVA, C.; VALSECKI JR, A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 8, n. 4, p. 268-271, 2000.

SILVA, D.; SOUSA, M.; WADA, R. Auto-percepção e condição de saúde bucal em uma população de idosos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1251-1259, 2005.

NORMAM, G.R.; TRINER, D. L. **Bioestistics**: the bare essentials. London: B.C. Decker Inc, 2000.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, jun. 2003.

SMITH, J. Well-being and health from age 70 to 100: findings from the Berlin AGING STUDY. **European Review**, v. 9, p. 461-477, 2001.

SOUSA L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 364-371, June 2003 .

STREIM, J. **Psiquiatria clínica em asilos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

TESSARI, O. **Qualidade de vida na terceira idade**. Disponível em: <<http://www.riottoal.com.br/feliz-idade/psicologia04.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2010.

THOMPSON, W. M. Socio-economic and behavioural risk factors for tooth losse from age 18 to 26 among participants in the Dunedin multidisciplinary health and development study. **Caries Research**, Basel, v. 34, p. 113-122, 2000.

XAVIER, F.M. et al. Elderly people's definition of quality of life. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 364-371, 2003.

ANEXO A - APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Vitória - ES, 29 de Maio de 2008

Da: Profa. Dr^a Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

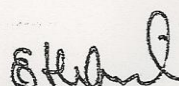
Para: Profa. Elizabete Regina Araújo de Oliveira
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: 'Qualidade e estilo de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados na região metropolitana de Vitória - ES.'

Senhora Pesquisadora,

Informamos à Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa, Nº Registro nº CEP- 107/08, intitulado: 'Qualidade e estilo de vida de idosos institucionalizados na região metropolitana de Vitória - ES' e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cumprido os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, APROVOU o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 28 de maio de 2008.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde no 196 de 10.10.96, inciso IX.2. letra 'C'.

Atenciosamente,


Prof^a Dr^a Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde
Av. Marechal Campos, 1468 - Maruípe - Vitória - ES - CEP 29.040-091.
Telefax: (27) 3335 7211

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Na tentativa de obter um conhecimento mais profundo sobre a qualidade de vida e condição de saúde bucal dos idosos institucionalizados e não institucionalizados, estou desenvolvendo um estudo sobre a temática na minha dissertação do Mestrado em Clínica Odontológica pela Universidade Federal do Espírito Santo.

Este estudo tem como objetivo descrever a qualidade e condição de saúde bucal dos idosos institucionalizados e não institucionalizados de 2 questionários. Sua participação é voluntária e você terá direito ao esclarecimento de qualquer dúvida sempre que julgar necessário. O mesmo não oferece risco ou desconforto e, a qualquer momento, você poderá retirar seu consentimento, deixando de participar do estudo sem que isso traga sanções ou prejuízo das suas atividades. Todas as informações serão confidenciais e tratadas de forma anônima e sigilosa, mantendo sua privacidade.

Desta forma, solicito sua autorização para entrevistá-lo.

Diante disso eu, _____ estou ciente

que estou participando da coleta de dados para a realização da dissertação do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo intitulado **Qualidade de vida e condição de saúde bucal de uma amostra de idosos institucionalizados e não institucionalizados do município da Serra - ES**. Desta forma declaro que, após ter compreendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente estudo, bem como autorizo a utilização das informações para fins científicos.

NOME DO VOLUNTÁRIO: _____

ASSINATURA: _____

DATA: ____/____/____

Pesquisador: Anderson Medeiros Damasceno

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Maria José Gomes

ANEXO C - MODELO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-BREF)

INSTRUÇÕES

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
--	--	------------	------	------------------	-----	-----------

1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
---	--	---	---	---	---	---

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10		1	2	3	4	5
11		1	2	3	4	5
12		1	2	3	4	5
13		1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	3	4	5
			Você é capaz de aceitar sua aparência física?			
			Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?			
			Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?			

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5

24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO D - MODELO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL GERIÁTRICA (GOHAI)

Nos últimos três meses, qual a frequência com que o senhor ou a senhora:

Assinalar apenas um quadradinho em cada pergunta.

1. Limitou o tipo e quantidade de alimentos que come por causa de problemas com seus dentes ou próteses?

Sempre () Às vezes () Nunca ()

2. Teve dificuldade em morder .ou mastigar certos alimentos como carne firme ou maçãs?

Sempre () Às vezes () Nunca ()

3. Foi capaz de engolir confortavelmente?

Sempre () Às vezes () Nunca ()

4. Percebeu que seus dentes ou próteses o (a) impediram l de falar como gostaria?

Sempre () Às vezes () Nunca ()

5: Foi capaz de comer qualquer coisa sem se sentir desconfortável?

Sempre () Às vezes () Nunca ()

6. Evitou contato com as pessoas por causa das condições de seus dentes e gengivas ou próteses?

Sempre () Às vezes () Nunca ()

7.Sentiu-se contente ou feliz com a aparência de seus dentes e gengivas ou próteses?

Sempre () Às vezes () Nunca ()

8: Precisou usar medicações para aliviar dor ou desconforto relacionados à boca?

Sempre () Às vezes () Nunca ()

9 . Aborreceu-se ou teve preocupações a respeito de problemas com seus dentes, gengivas ou próteses?

Sempre () Às vezes () Nunca ()

10. Sentiu-se nervoso (a) por causa de problemas com seus dentes, gengivas ou próteses?

Sempre () Às vezes () Nunca ()

11. Sentiu-se desconfortável comendo diante de pessoas por causa dos seus dentes, gengivas ou próteses?

Sempre () Às vezes () Nunca ()

12. Sentiu seus dentes ou gengivas sensíveis ao quente, ao frio ou aos doces?

Sempre () Às vezes () Nunca ()

ANEXO E - AVALIAÇÃO DO ÍNDICE CPOD

NOME: IDADE:

DATA:/...../..... SEXO: M () F ()

ÍNDICE CPOD =

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

USO DE PRÓTESE	USA	NECESSITA
PRÓTESE TOTAL		
PRÓTESE PARCIAL		