



Universidade Federal de Pernambuco

Centro de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Gerontologia

ANTONIO CARLOS MOURA DE ALBUQUERQUE MELO

**SAÚDE BUCAL AUTOPERCEBIDA E FATORES
ASSOCIADOS EM IDOSOS LONGEVOS**

**Recife
2016**

ANTONIO CARLOS MOURA DE ALBUQUERQUE MELO

**SAÚDE BUCAL AUTOPERCEBIDA E FATORES
ASSOCIADOS EM IDOSOS LONGEVOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Orientadora: Prof^a. Dra. Carla Cabral dos Santos Accioly Lins

Coorientador: Prof. Dr. Rogério Dubosselard Zimmermann

**Recife
2016**

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

M528s Melo, Antônio Carlos Moura de Albuquerque.
 Saúde bucal autopercebida em idosos longevos e fatores associados
 / Antônio Carlos Moura de Albuquerque Melo. – 2016.
 69 f.: il.; tab.; 30 cm.

 Orientadora: Carla Cabral dos Santos Accioly Lins.
 Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,
 CCS. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Recife, 2016.
 Inclui referências, apêndices e anexos.

 1. Saúde bucal. 2. Autopercepção. 3. Idoso. I. Lins, Carla Cabral dos
 Santos Accioly (Orientadora). II. Título.

610 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2017-167)

ANTONIO CARLOS MOURA DE ALBUQUERQUE MELO

**SAÚDE BUCAL AUTOOPERCEBIDA E FATORES ASSOCIADOS EM
IDOSOS LONGEVOS**

Dissertação aprovada em: 01/ 03 /2016

Profa. Dra. Carla Cabral dos Santos Accioly Lins (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco- UFPE

Profa. Dra. Georgina Agnelo de Lima (Membro Titular Externo)
Universidade Federal de Pernambuco- UFPE

Profa. Dra. Vanessa de Lima Silva (Membro Titular Interno)
Universidade Federal de Pernambuco- UFPE

Prof. Dr. Fernando Luiz Tavares Vieira (Membro Suplente Externo)
Universidade Federal de Pernambuco- UFPE

Profa. Dra. Maria das Graças Wanderley de Sales Coriolano (Membro
Suplente Interno)
Universidade Federal de Pernambuco- UFPE

Recife

2016

*Aos meus pais, irmãos, familiares e amigos por todo apoio, incentivo e
torcida desde sempre em minha vida.*

AGRADECIMENTOS

A Deus por conduzir sempre meus caminhos.

Aos **meus pais** por todo amor, incentivo, investimento e dedicação em toda minha vida, sendo incansáveis no cuidado comigo.

Aos **meus irmãos** que sempre participaram e vibraram juntos durante toda minha jornada profissional.

Ao meu **Avô Nilo Moura, minha tia avó Delta, minhas avós Musa e Alzira (in memorian)** pelo apoio, inspiração e dedicação durante toda minha vida.

A todos os **meus amigos** que acompanharam toda essa jornada, em especial a minha amiga e companheira de trabalho, **Lúcia Santos**, por toda a parceria e ajuda nesta fase.

À **Profa. Dra. Marcia Carrera** por ter sido meu primeiro contato e inspiração na odontogeriatria e pela amizade, incentivo, dedicação e disponibilidade em minha carreira contribuindo muito com meu crescimento pessoal e profissional.

À **Profa. Dra. Denise Tibério** por toda orientação, dedicação, carinho, amizade e amor, muito do que aprendi em relação a tratamento e respeito a pessoa idosa foram devidos a seus ensinamentos.

À **Dra. Maria do Carmo Lencaster** por todos ensinamentos passados em relação ao cuidado com a pessoa idosa e por todo respeito e carinho que sempre teve comigo e com a odontologia, contribuindo diretamente para que eu pudesse trilhar o caminho até aqui.

À **Profa. Dra. Carla Cabral**, minha orientadora, por toda disponibilidade, incentivo, dedicação, paciência, carinho, amizade e amor com relação a minha pessoa, só levarei lembranças boas desta fase e uma amizade verdadeira.

Aos **funcionários e colegas** do Instituto de Geriatria e Gerontologia de Pernambuco

Aos colegas do grupo de pesquisa, pela parceria, pela ajuda, pelo incentivo e por tantos momentos compartilhados.

Aos **colegas de mestrado** pela amizade e carinho neste período.

À **todos os idosos meus pacientes e aos longevos** participantes desta pesquisa.

Tenho pensamentos que, se pudesse revelá-los e fazê-los viver, acrescentariam nova luminosidade às estrelas, nova beleza ao mundo e maior amor ao coração dos homens.

(Fernando Pessoa)

RESUMO

O envelhecimento populacional é uma realidade para a maioria dos países. O crescimento do número de idosos longevos, também denominados de muito idosos, chama a atenção por ser o segmento populacional que mais cresce no mundo. A literatura é escassa em relação à saúde bucal dos idosos, e praticamente inexistem estudos que contemple a saúde bucal de idosos acima de 80 anos no Brasil. Deste modo, este estudo teve como objetivo avaliar a saúde bucal autopercebida e seus fatores associados em idosos longevos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família da microrregião 4.2 da cidade de Recife-Pe. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, em que foram examinados 172 indivíduos com 80 anos ou mais. Para a coleta dos dados foi utilizado um roteiro de entrevista contendo dados sociodemográficos, morbidades diagnosticadas em prontuário, saúde autorreferida, depressão, estado nutricional, número de dentes presentes e uso de próteses dentárias. Para avaliação da autopercepção da saúde bucal foi utilizado o instrumento denominado de *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI). Das 172 pessoas idosas, 100 encontravam-se dentro dos critérios de inclusão, com faixa etária entre 80 a 94 anos, 77% eram do sexo feminino, 53% totalmente desdentados, 68% apresentaram um índice de GOHAI elevado, considerando sua situação de saúde bucal boa, e 62% classificaram sua saúde autorreferida como insatisfatória. Verificou-se uma correlação significativa entre o GOHAI com: o uso de prótese ($p=0,03$), depressão ($p=0,006$), hipertensão arterial ($p=0,022$) e saúde autorreferida ($p=0,021$). Os resultados obtidos puderam identificar que os idosos longevos avaliaram favoravelmente sua saúde bucal, embora sua condição clínica não fosse satisfatória. Com isso, verifica-se que a autopercepção em saúde bucal é um componente essencial dos levantamentos de saúde, permitindo identificar os principais fatores associados a ele, contribuindo para o planejamento de serviços de saúde bucal, e ações preventivas de forma ampla com atividades educativas e motivadoras que orientem as pessoas idosas quanto à importância do autocuidado.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Autopercepção. Idoso.

ABSTRACT

Population aging is a reality for most countries. The growth in the number of oldest old, also called very old, draws attention for being the fastest growing population segment in the world. The literature is scarce in relation to the oral health of the elderly, and practically no studies that address the oral health of the elderly over 80 years in Brazil. Thus, this study aimed to assess the self-perceived oral health and associated factors in the oldest old assisted by the Family Health Strategy in the micro region 4.2 of Recife, Pernambuco. It is a quantitative cross-sectional study, with 172 individuals with 80 years or more. To collect the data, it was used an interview guide containing socio demographic data, morbidity diagnosed in the medical records, self-referred health, depression, nutritional state, number of teeth and the use of mobile dentures. To evaluate the self-perception of oral health it was used the instrument called the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). From the 172 elderly people, 100 were within the inclusion criteria, aged 80-94 years old, 77% were female, 53% edentulous, 68% showed a high GOHAI index, considering their oral health situation good and 62% rated their self-referred health as poor. A significant correlation was found between the GOHAI with: the use of prosthesis ($p = 0,03$), depression ($p = 0,006$), hypertension ($p = 0,022$) and self-referred health ($p = 0,021$). The results obtained were able to identify that the oldest old favorably rated their oral health, although their clinical condition was not satisfactory. With this, we find that self-perception of oral health is an essential component of health surveys, allowing to identify the main factors associated with it, contributing to the planning of oral health services and widespread preventive actions with educational and motivational activities to guide older people about the importance of self-care.

Keywords: Oral Health. Perception. Elderly.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa da microrregião 4.2. Fonte: Desenvolvimento Humano no Recife - Atlas municipal, 2005	24
Tabela 1 – Distribuição das pessoas com 80 anos ou mais cadastradas nas USF da MR 4.2, Recife, 2015.....	24
Tabela 2 – Características sócio demográficas de idosos longevos assistidos pela USF da MR 4.2, Recife-PE, 2015	32
Tabela 3 - Morbidades diagnosticadas em prontuário de idosos longevos assistidos pela USF da MR 4.2, Recife, 2015	33
Tabela 4 – Morbidades em idosos longevos assistidos pela USF da MR 4.2, Recife, 2015 ...	34
Tabela 5 – Classificação de saúde autorreferida de idosos longevos assistidos pela USF da MR 4.2, Recife-PE, 2015	35
Tabela 6 – Saúde Bucal de idosos longevos assistidos pela USF da MR 4.2, Recife-PE, 2015	35
Tabela 7 – Interpretação do questionário GOHAI aplicado em idosos longevos assistidos pela USF da MR 4.2, Recife-PE, 2015.....	36
Tabela 8 – Interpretação do questionário GOHAI e seu cruzamento com morbididades diagnosticadas em prontuários de idosos longevos assistidos pela USF da MR 4.2, Recife-PE, 2015.....	36
Tabela 9 – Interpretação do questionário GOHAI e seu cruzamento com índice de depressão (GDS), Saúde auto-referida e Mini Avaliação Nutricional aplicado em idosos longevos assistidos pela ESF da MR 4.2, Recife-PE, 2015.....	37
Tabela 10 – Interpretação do questionário GOHAI e seu cruzamento com número de dentes e uso de próteses dentárias móveis em idosos longevos assistidos pela USF da MR 4.2, Recife-PE, 2015	38

LISTA DE SIGLAS DE ABREVIATURAS

USF: Unidade de saúde da família

MR: Microrregiões

PE: Pernambuco

MEEM: Mini Exame do Estado Mental

MNA: Mini avaliação nutricional

SAD: Serviço de assistência domiciliar

GOHAI: Geriatric Oral Health Assessment Index

CPOD: Índice médio de dentes cariados, perdidos e obturados

OMS: Organização Mundial da saúde

RPA: Regiões político-administrativo

FCPF: Fator de correção para população finita

HAS: Hipertensão arterial sistêmica

DM: *Diabetes mellitus*

OP: Osteoporose

AO: Osteoartrose

GDS: Geriatric depression scale

N: Número de amostras

PPGERO: Programa de pós-graduação em gerontologia

UFPE: Universidade Federal de Pernambuco

ACS: Agentes comunitários de saúde

TCLE: Termo de consentimento de livre e esclarecido

CEP: Comitê de ética em pesquisa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 Envelhecimento Populacional	15
2.2 Saúde Bucal do Idoso	17
2.3 Autopercepção De Saúde Bucal	19
3 OBJETIVOS	22
3.1 Objetivo Geral	22
3.2 Objetivos Específicos	22
4 MATERIAL E MÉTODOS	23
4.1 Tipo de Estudo	23
4.2 Local do Estudo	23
4.3 População do Estudo	25
4.4 Amostra	25
4.4.1 Seleção e Tamanho da Amostra	25
4.5 Critérios de Elegibilidade	26
4.5.1 Critérios de Inclusão	26
4.5.2 Critérios de Exclusão	27
4.6 Elenco das Variáveis	27
4.6.1 Variável Dependente – Saúde Bucal Autopercebida	27
4.6.2 Variáveis independentes	27
4.7 Instrumento da Pesquisa	28
4.8 Coleta dos Dados	29
4.9 Fluxograma da Pesquisa	29
4.10 Análise dos Dados	30
4.11 Aspectos Éticos	30
5 RESULTADOS	32
5.1 Variáveis Sociodemográficas	32
5.2 Saúde Geral dos Idosos Longevos	33

5.3 Saúde Bucal.....	35
6 DISCUSSÃO	39
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICES	53
APÊNDICE A.....	53
APÊNDICE B.....	56
ANEXOS	57
ANEXO A.....	57
ANEXO B.....	61
ANEXO C.....	62
ANEXO D.....	64
ANEXO E.....	65
ANEXO F	66
ANEXO G	68

1 INTRODUÇÃO

Com o declínio das taxas de fertilidade, associado à crescente longevidade, vem ocorrendo uma alteração demográfica que afeta de maneira distinta diferentes países. Enquanto em nações mais desenvolvidas este processo resultou de melhorias nas condições gerais de vida da população, nos países em desenvolvimento, o aumento do número de idosos ocorre de forma mais acelerada, porém, sem o acompanhamento de adequada reorganização social e da saúde (SAMPAIO et al., 2009).

O processo de envelhecimento populacional não é homogêneo para todos os seres humanos, pois sofre influência dos fatores de discriminação e exclusão associados ao gênero, etnia, racismo, condições sociais e econômicas, região geográfica de origem e localização de moradia (PEREIRA; CURIONI & VERAS, 2003).

Segundo os dados do último censo brasileiro de 2010, a mudança do perfil demográfico pode ser observada pelo alargamento do topo da pirâmide com crescimento da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8 % em 1991, passando a 5,9 % em 2000 e chegando a 7,4 % em 2010 (IBGE, 2010).

O aumento da longevidade é um fenômeno mundial, e a faixa etária mais crescente no mundo é a de indivíduos com 80 anos ou mais (KIRKWOOD, 2008). Em 2010, existiam 20.590.597 idosos no Brasil e o grupo de idosos com 80 anos ou mais representava cerca de: 14 % do grupo total de idosos. Sendo os octogenários representavam 84,7 %, os nonagenários representavam 14,5 % e os centenários que não chegavam a 1 % (IBGE, 2010).

Esse fenômeno delineia uma série de implicações sociais, culturais, epidemiológicas e econômicas uma vez que, nesse grupo etário, a prevalência de morbidades e incapacidades é maior (MARAFON et al., 2003; DIPIETRO et al., 2012). Quanto mais longa é a vida média da população, mais importante se torna o conceito de qualidade de vida; e a saúde bucal tem um papel relevante nesse contexto, pois estando a mesma comprometida pode afetar o nível nutricional, o bem-estar físico e mental, diminuindo o prazer de uma vida social ativa (ROSA et al., 2008).

As necessidades odontológicas dos idosos são importantes e amplas. Dados epidemiológicos desse grupo populacional podem mostrar a história de vida-saúde, e o tipo de atenção recebida em todas as fases de vida (LEWANDOWSKI; BÓS & DOCKHORN, 2013). Segundo dados do Ministério da Saúde (2010), no Brasil há uma situação desfavorável com

relação à saúde bucal dos idosos, sendo os problemas mais prevalentes: edentulismo (perda dos elementos dentários), necessidade do uso de prótese e alterações periodontais.

A discussão sobre a saúde bucal do idoso vem ganhando força à medida que esse segmento experimenta um aumento quantitativo importante. Dessa forma, seguindo a tendência das outras áreas da saúde, a Odontologia se vê exigida a ajudar na promoção de saúde, aumentando a qualidade de vida dos que atingem a terceira idade, levando-os ao bem estar físico-psíquico-social (PERES & PERES, 2003).

Deste modo, o presente trabalho teve como finalidade avaliar a saúde bucal autopercebida e os fatores associados, em idosos longevos assistidos na atenção básica das unidades de saúde da família (USF) da Microrregião (MR) 4.2 do município de Recife/PE. Portanto, foi definida a pergunta norteadora: Quais os fatores influenciam a autopercepção da saúde bucal em idosos longevos?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Envelhecimento Populacional

O envelhecimento é considerado um processo biológico que ocorre durante toda a vida, é um conjunto das alterações estruturais e funcionais do organismo que se acumulam progressivamente, e especificamente com a idade. Existem vários conceitos de envelhecimento, que variam de acordo com a visão social, econômica e principalmente com a independência e qualidade de vida do idoso (SES, 2006).

Kalache, Vera e Ramos (1987), já relatavam que os países do chamado terceiro mundo vinham apresentando, nas últimas décadas, um progressivo declínio nas suas taxas de mortalidade e, mais recentemente, também nas suas taxas de fecundidade. Esses dois fatores associados promoveriam a base demográfica para um envelhecimento real dessas populações, à semelhança do processo que continuava ocorrendo, ainda que em escala menos acentuada, nos países desenvolvidos.

A manutenção de baixas taxas de fecundidade junto ao aumento da expectativa de vida modifica a dinâmica demográfica da grande maioria dos países desde o último século, acarretando no envelhecimento populacional (PRATA et al., 2011), e este fato vem se expandindo para o resto do mundo, incluindo o Brasil (FELIX, 2009).

Até o final da década de 1970, a estrutura etária da população brasileira apresentava o perfil predominantemente jovem. A partir do censo demográfico de 1980, foi observada uma tendência de estreitamento da base da pirâmide, refletindo o declínio da fecundidade, que vem se intensificando nas últimas décadas. O alargamento do topo da pirâmide por sua vez foi observado mais recentemente com crescimento da população com 65 anos ou mais, que continuará a ocorrer nos próximos anos; estima-se que a proporção de idosos atingirá 28 % da população em 2050, perfazendo uma população 64 milhões de indivíduos (IBGE, 2009).

Junto a conquista trazida com o aumento da sobrevida vem também a necessidade de se discutir os desafios que emergem com esse novo perfil etário, envolvendo tanto aspectos externos, como os sociodemográficos e culturais, e os internos referentes as condições de saúde dos idosos (SILVA & MAFRA, 2015).

Quando verificada a atual transição demográfica brasileira sob a ótica de gênero, observa-se um processo de feminização da velhice, ou seja, quanto mais a população envelhece, mais

feminina ela se torna. As mulheres representam 55,5% da população idosa brasileira e 61% do contingente de idosos acima de 80 anos (IBGE, 2011).

A expectativa de vida atual no Brasil é de 71,25 anos para homens e 78,51 anos para as mulheres. A projeção é que em 2030 ela aumente para 75,28 e 82 anos, atingindo em 2060 os valores de 78,03 e 84,42, respectivamente (IBGE, 2013).

É importante ressaltar o crescimento elevado e ascendente da população idosa em relação aos demais grupos etários, principalmente na população acima de 80 anos. Aliada às transformações demográficas, as profundas transformações sociais se farão presentes como consequência não apenas da ampliação numérica dos idosos na sociedade, mas, particularmente, em decorrência das mudanças biológicas, com a ampliação dos conhecimentos da engenharia genética, que poderão permitir ao ser humano alcançar 110 a 120 anos, com a expectativa de vida atingindo o limite biológico (MENEZES & LOPES, 2009).

Também, a urbanização das cidades, sanitarismo, melhores condições ambientais e nutricionais aumentam a expectativa de vida (KALACHE, VERAS & RAMOS, 1987). Porém, algumas dificuldades para os idosos podem ser acarretadas por esse processo devido à falta de amparo adequado no sistema público de saúde e previdência. Como consequência, pode-se observar o acúmulo de sequelas de doenças, incapacidade, perda de autonomia e da qualidade de vida (CARNEIRO & FALCONE, 2005).

Outro fator de prognóstico intimamente relacionado com a morbimortalidade, que predispõe o idoso a uma série de complicações graves, é a desnutrição. Em um estudo realizado com 833 idosos institucionalizados, com média de idade de 82,6 anos, baseado na avaliação do estado nutricional utilizando a Mini Avaliação Nutricional (MNA) observou que a maioria deles (57,9%), independente do local da triagem, apresentou risco nutricional ou desnutrição (DE LUIS et. al., 2011).

Com relação à saúde referida, as pessoas idosas, em geral, referem como sendo ótima ou boa, seu nível de saúde, contudo as mulheres fazem mais referência a ter saúde ruim e péssima que os homens. Quanto as morbidades, a hipertensão arterial, doença de coluna e os problemas de visão são as enfermidades mais referidas (PORCIÚNCULA et al., 2014).

Segundo estudo realizado com 30.000 idosos por Lima, Giatti e Barreto (2003), 22 % não apresentam doenças crônicas; 23 % apresentam duas doenças e 30 % pelo menos três, resultando que mais da metade da população estudada em todo o país possui um quadro de

doenças múltiplas. A hipertensão arterial e a artrite são as mais frequentemente relatadas, destacando-se também doenças do coração, diabetes, asma/bronquite, câncer e cirrose.

Além destas, a depressão merece especial atenção entre as pessoas idosas, uma vez que vem apresentando prevalência crescente na sociedade levando a consequências negativas para a qualidade de vida dos indivíduos acometidos, sendo a doença psiquiátrica mais comum entre os idosos, frequentemente sem diagnóstico e sem tratamento. Estudos demonstram que, aproximadamente, 15% a 20% de idosos não institucionalizados apresentam sintomas depressivos (LEITE et. al., 2006; DUARTE, 2007). Em pesquisa realizada com 118 idosos acima de 80 anos, pode-se observar que 50% apresentavam depressão leve ou moderada (OLIVEIRA, 2006).

A cidade do Recife também vem seguindo a tendência mundial e exibe uma população crescente de idosos, sendo uma população mais feminizada. De um total de pouco mais de um milhão e meio de habitantes, os mais idosos em 2010 perfaziam 28.953 (sendo 8.611 homens e 20.342 mulheres). Entretanto, ainda são poucos os centenários, totalizando 349 (IBGE, 2010). Porciúncula em 2014 constatou que na cidade do Recife a maioria dos longevos eram do sexo feminino, com baixo nível de escolaridade, a viuvez era o estado conjugal mais comum e a aposentadoria principal fonte de renda.

2.2 Saúde Bucal do Idoso

A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, e está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e a informação (BRASIL, 1986).

Apesar de o processo de envelhecimento não estar diretamente relacionada ao aparecimento de doenças na cavidade bucal, as mesmas estão geralmente presentes em indivíduos idosos (GUIMARÃES et al., 2005). Dos problemas bucais existentes nos idosos, a perda dentária é o mais frequentemente observado, o que torna a reabilitação protética fator importante para o reestabelecimento das condições bucais ideais (BRASIL, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tinha como meta para o ano 2000, relacionadas à saúde bucal, que 50 % da população na faixa etária de 65 a 74 anos de idade deveriam apresentar pelo menos 20 dentes naturais em condições funcionais.

Alterações na capacidade mastigatória do idoso podem acontecer devido à ausência de dentes, próteses mal adaptadas ou com precário estado de conservação, presença de cáries e doença periodontal. Esses fatores interferem na fase inicial do processo digestivo, com repercussões nas condições de saúde e nutrição do idoso (SHEIHAM et al., 1999).

Uma condição comprometida de saúde bucal pode contribuir para distúrbios de alimentação, desnutrição crônica, sarcopenia e desenvolvimento de infecções, o que aumenta o risco de fragilidade no idoso. A pouca utilização de serviços odontológicos, e a pobre autopercepção da saúde bucal podem ser considerados possíveis marcadores de risco para síndrome de fragilidade causando impacto sobre sua vida diária, principalmente devido a dificuldade de se alimentar, o que causa desnutrição pela restrição de alguns alimentos além de baixa autoestima (ANDRADE, 2012; STENMAN, 2012; MOREIRA, 2009).

A associação entre má nutrição e problemas de saúde bucal é altamente prevalente na população idosa. Mesas e colaboradores (2010) ao analisarem a associação entre déficit nutricional e má saúde bucal, com base em aspectos clínicos e subjetivos das duas condições, em uma população de idosos não institucionalizados em uma comunidade no Brasil, constataram que a autopercepção negativa da saúde bucal estava associada com o déficit nutricional.

Com o envelhecimento da população aumenta-se a necessidade de proporcionar condições favoráveis à qualidade de vida e, neste caso, a saúde bucal tem um papel decisivo; pois se a mesma encontra-se comprometida afeta o nível nutricional e o bem-estar físico e mental, diminuindo o prazer da vida social ativa (ISOLAN, 2006).

No Brasil, a saúde bucal tem sido relegada ao esquecimento, quando se discutem as condições de saúde da população idosa. A perda total de dentes, edentulismo, ainda é aceita pela sociedade como algo normal e natural com o avanço da idade e não como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde, destinadas principalmente a população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas (PUCCA JUNIOR, 2000; ROSA et al., 1992).

De acordo com os resultados do último levantamento das condições de saúde bucal do brasileiro, realizado no ano de 2010 – SB Brasil 2010 –, o índice médio de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) na faixa etária de 65 a 74 anos foi de 27,53, sendo o componente perdido responsável por cerca de 90 % do índice. O mesmo levantamento constatou, também nessa faixa etária, que 14,7 % nunca consultaram um dentista ao longo da

vida, que a prevalência de necessidade de tratamento dentário era de 46,6 % e que apenas 7,3 % não necessitavam de prótese dentária (BRASIL, 2011).

Em países mais desenvolvidos o uso de próteses, problemas de mastigação e a insatisfação com a aparência dos dentes são associados a um alto impacto no perfil de saúde oral, indicando forte influência na qualidade de vida (JOKOVIC & LOCKER, 1997; SILVA et al., 2012).

2.3 Autopercepção De Saúde Bucal

No contexto da vida diária, a autopercepção em saúde é a interpretação que a pessoa faz de suas experiências, e esta se baseia, normalmente, na informação e nos conhecimentos disponíveis, modificados pela experiência prévia e pelas normas sociais e culturais (COSTA et al., 2005).

Com o objetivo de analisar a autopercepção dos pacientes em relação a sua saúde bucal, foi desenvolvido um instrumento por Atchison e Dolan (1990) o *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI), com perguntas sobre problemas bucais que afetam os aspectos funcionais e psicológicos do idoso.

O GOHAI é o instrumento qualitativo de percepção de qualidade de vida, que tem a finalidade de analisar por meio do relato individual dos entrevistados, a sua autopercepção da sua saúde bucal (SILVA; SOUSA & WADA, 2005; COSTA; SAINTRAIN & VIEIRA, 2010). Tal instrumento permite a compreensão da percepção que as pessoas apresentam de si mesmos, em uma avaliação comportamental, pois a maneira como se autoavaliam influencia diretamente em modos e condutas de vida, diante das práticas de promoção de saúde (SILVA & JÚNIOR, 2000; HENRIQUES et al., 2007).

A pontuação do GOHAI é influenciada pela perda de dentes. Isso indica que mudanças desfavoráveis no estado clínico oral ao longo do tempo são refletidas em uma autoavaliação da saúde bucal mais pobre, sendo o número de dentes presente importante determinante da percepção subjetiva da saúde bucal (ENOKI et al., 2013).

Na literatura existem diversos relatos correlacionando problemas bucais com doenças crônicas como a diabetes, doenças cardiovasculares e infecções respiratórias. Um estudo realizado com 118 idosos concluiu que as doenças e as medicações para o sistema circulatório e digestório apresentaram correlação com o fato dos idosos se sentirem menos contentes com seus dentes e suas próteses e relatando ter observado mudanças na cavidade bucal após iniciar

o controle das doenças com uso de medicações, interferindo assim na sua autopercepção de saúde bucal (BERTOTTI et al., 2015).

No Brasil, a autoavaliação de saúde bucal ruim é associada com fatores de saúde geral e com o impacto psicossocial da saúde bucal na qualidade de vida, independentemente de medidas socioeconômicas e do quadro clínico de saúde bucal apresentado; e a perda de dentes e uso de próteses dentárias em indivíduos idosos são consideradas características do processo do envelhecimento podendo, portanto, exercer uma influência sobre a saúde bucal percebida nesta população (ANDRADE et al., 2012)

Um estudo brasileiro avaliou a autopercepção das condições de saúde bucal em idosos institucionalizados ou não, por intermédio da aplicação de um exame bucal e um questionário composto por três partes: dados demográficos, saúde geral e o índice GOHAI. Dos 96 indivíduos entrevistados com 60 anos ou mais, 84,4% acredita que sua saúde está excelente ou razoável, mesmo apresentando condições clínicas insatisfatórias (COSTA; SAINTRAIN & VIERA, 2010).

A contribuição dos dentes naturais para a função oral e condições objetivas odontológicas podem ser fracamente preditivas da autopercepção de saúde bucal em idosos. Indicadores de autopercepção são elevados mesmo para idosos com piores condições de perda dentária, concluindo que os idosos avaliam favoravelmente sua saúde bucal, mesmo quando a condição clínica não é satisfatória (MARTINS et al., 2010).

A autopercepção da saúde bucal é influenciada não só por aspectos clínicos, mas também por fatores subjetivos como capacidade de se comunicar, mastigar sem problemas e aspectos socioeconômicos, tem relação com o meio social em que a pessoa vive e com as variáveis que indicam necessidade de tratamento. A concordância entre as necessidades definidas clinicamente e subjetivamente não é grande (SILVA & FERNANDES, 2001).

A perda dentária não é uma condição fisiológica causada pelo envelhecimento, mas sim consequências de doenças bucais ou traumatismos. O edentulismo influencia na mastigação e, por consequência, na digestão, bem como na gustação, na fala e na estética. Pode-se considerar 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 %, podendo chegar a 25 % com o uso de próteses totais (BÓS et al., 2012). Saúde bucal na terceira idade consiste na manutenção dos dentes saudáveis; desenvolver a habilidade para mastigar bem; melhorar a

sensibilidade gustativa; ajudar numa fonação adequada e uma estética que ajude na reinserção social e assim proporcionar bem estar e qualidade de vida (RIOS, 2006).

As condições precárias de saúde bucal do idoso causam impacto sobre sua vida diária, principalmente na dificuldade de comer, causando desnutrição pela restrição de alguns alimentos, e baixa autoestima (MOREIRA; NICO & SOUSA, 2009).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a saúde bucal autopercebida e fatores associados em idosos longevos assistidos na atenção básica de saúde.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a casuística estudada segundo variáveis sócio-demográficas, morbidades diagnosticadas em prontuários, depressão, saúde autopercebida, estado nutricional;
- Identificar a autopercepção de saúde bucal em idosos longevos através do Índice de Saúde Bucal Geriátrico (GOHAI);
- Verificar o número de dentes presentes na cavidade bucal e a presença de próteses dentárias móveis;
- Verificar se existe associação entre saúde bucal autopercebida e as variáveis estudadas.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo analítico, quantitativo descritivo, de corte transversal. Estes estudos visualizam a situação de saúde da população em um determinado momento, como instantâneos da realidade. Apresenta como vantagens: ser adequado para testar hipóteses de associação, seu baixo custo, rapidez, facilidade de execução e análise (ROUQUAYROL & ALMEIDA, 2006).

4.2 Local do Estudo

A cidade do Recife encontra-se dividida em seis Regiões Político-Administrativas (RPA), que por sua vez, são subdivididas em três microrregiões (MR) cada uma. A investigação foi realizada na RPA 4 centrando-se na MR 4.2 que compreende os bairros do Engenho do Meio e Torrões (Figura 1). No primeiro, predominam as casas residenciais unifamiliares de padrão médio, conquanto no segundo a predominância é de famílias de baixa renda (RECIFE, 2005). A rede pública de serviços de saúde da RPA-4 compreende unidades dos diversos níveis de atenção.

Além da diversidade socioeconômica verificada nos bairros da Microrregião escolhida em questão, condição que fortalece a validade externa da pesquisa, a escolha justifica-se pelo fato de ser a RPA-4 um território onde se acha instalado o Campus Recife da Universidade Federal de Pernambuco, constituindo-se em campo de ensino e de pesquisa desta instituição de ensino superior, mediante acordos firmados com a Secretaria de Saúde do Recife. Esta condição de proximidade geográfica, associada ao acúmulo de informações aportado pela experiência de atuação institucional na área em questão, favorece o deslocamento e o trabalho dos pesquisadores.

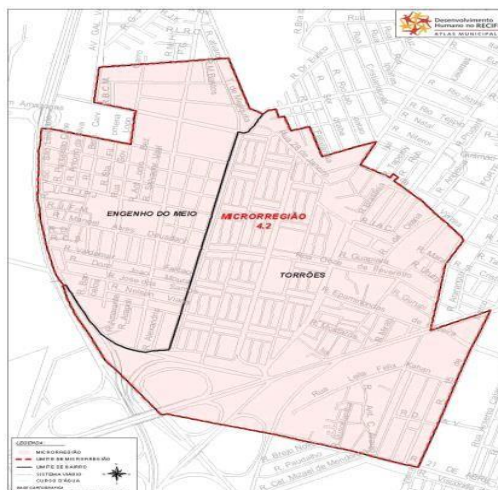


Figura 1 – Mapa da microrregião 4.2. Fonte: Desenvolvimento Humano no Recife - Atlas municipal, 2005.

A MR 4.2 localiza-se na porção centro-oeste de Recife, possui uma extensão territorial de 2,5 Km² e dista 7,5 Km do Marco Zero da cidade. Segundo dados do censo de 2010, a MR 4.2 possuía uma população de 42.226 habitantes, perfazendo 2,75% da população do Recife. O número de pessoas acima de 60 anos era equivalente a 4.319, o que correspondia a 10,23% da população. De acordo com a tabela 1, verifica-se que a população acima de 80 anos ou mais cadastradas na atenção básica era de 485.

Tabela 1 – Distribuição das pessoas com 80 anos ou mais cadastradas nas USF da MR 4.2, Recife, 2015.

USF	N
Equipe de Saúde Família	Total
Engenho do Meio	251
Roda de Fogo Cosirof	76
Roda de Fogo Macaé	32
Roda de Fogo Sinos	20
Sítio das Palmeiras	106
TOTAL	485

Fonte: Unidades de Saúde da Família / RPA 4.2. Recife, 2015

4.3 População do Estudo

A população de referência foi constituída por pessoas idosas (80 anos ou mais), de ambos os sexos, não institucionalizadas, residentes na área de abrangência da MR 4.2 e assistidas nas unidades de saúde da área. De acordo com informações fornecidas pelo Sistema de Informações da Atenção Básica estavam cadastrados, nas USFs da área de investigação, 485 idosos.

4.4 Amostra

4.4.1 Seleção e Tamanho da Amostra

Foi calculada a partir do estudo piloto, com 30 participantes sorteados aleatoriamente, no período de outubro a novembro de 2014, entre idosos cadastrados na USF de Sítio das Palmeiras para obtenção da variância e amostra final. Utilizando-se a equação para cálculo amostral:

$$n = \frac{z^2 p_e (1 - p_e)}{e^2}$$

Onde:

n = tamanho amostral;

z = Escore da curva normal padrão, correspondente ao nível de confiança escolhido, no caso, 95%, z = 1,96;

p_e = proporção esperada;

e = margem de erro igual a 0,05%.

Levando-se em consideração o tamanho finito da população, foi utilizado o Fator de Correção para População Finita (FCPF). Dessa forma, o tamanho amostral efetivo foi calculado pela fórmula:

$$n^* = n . FCPF, \text{ onde } FCPF = \frac{N - n}{N - 1}$$

A seleção dos participantes do estudo foi realizada por amostragem sistemática a partir do universo de idosos longevos cadastrados e assistidos pelas cinco USF.

Caso a amostra tivesse um tamanho (**n**) maior ou igual a 5% do tamanho da população (**N**), considerou-se que a população fosse finita. Neste caso, aplicou-se um fator de correção através da seguinte fórmula corrigida:

- Fórmula para determinação do tamanho da amostra (**n**) com base na estimativa da média populacional.

$$n = \frac{N \cdot \sigma^2 \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{(N - 1) \cdot E^2 + \sigma^2 \cdot (Z_{\alpha/2})^2}$$

Onde:

n = Número de indivíduos na amostra

N = Total Populacional

$Z_{\alpha/2}$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado.

σ = Desvio-padrão populacional da variável estudada.

E = Margem de erro

Assim, após os cálculos, o tamanho da amostra final correspondeu a 172 idosos, selecionados utilizando-se a técnica de amostragem casual simples, mediante sorteio, com uso de tabela de números aleatórios.

4.5 Critérios de Elegibilidade

4.5.1 Critérios de Inclusão

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para participação no estudo:

- Indivíduos de ambos os sexos, com idade mínima de 80 anos;
- Estar cadastrado em uma das unidades de Saúde da Família da MR 4.2 e residir na área;

- Não apresentar comprometimento de cognição e/ou comunicação que permitam a prestação das informações solicitadas;
- Aceitar participar da pesquisa preenchendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) diretamente ou através de um responsável legal.

4.5.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos os idosos institucionalizados, os que tinham comprometimento cognitivo, avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental – MEEM (ANEXO A), e aqueles assistidos pelo programa de assistência domiciliar (SAD) do município.

4.6 Elenco das Variáveis

4.6.1 Variável Dependente – Saúde Bucal Autopercebida

Para avaliação da saúde bucal foi analisada a autopercepção das condições de saúde bucal através do instrumento denominado de *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI), desenvolvido por Atchinson e Dolan (1990). A escala é composta por 12 questões fechadas abordando problemas bucais que afetam funções físicas e funcionais, aspectos psicológicos, dor e desconforto dos idosos. Cada pergunta apresenta três respostas possíveis: "sempre", "algumas vezes" e "nunca", com escores 1, 2 e 3, respectivamente (ANEXO B).

O escore de cada indivíduo varia de 12 a 36, sendo que, quanto mais alto seu valor, melhores são as condições bucais; escores mais baixos de GOHAI são esperados em indivíduos com piores condições de saúde bucal. Os escores finais são classificados como ótimo (34 a 36), moderado (31 a 33) e baixo (menor que 30).

4.6.2 Variáveis independentes

- **Dados sociodemográficos:**

- Idade – considerada em anos completos, a partir da data de nascimento e data de coleta de dados;
- Sexo – masculino ou feminino;
- Escolaridade – anos de estudo;
- Estado civil – solteiro(a), casado(a) ou tem companheiro(a), viúvo(a), separado(a) ou divorciado(a);
- Renda – renda mensal em salários mínimos vigentes (ANEXO C).

- **Morbidades diagnosticadas em prontuário:** as co-morbidades clínicas foram avaliadas através do prontuário dos pacientes na unidade de Atenção Básica (categorias: Hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes mellitus (DM), doenças cardiovasculares, osteoporose, osteoartrose, doenças neurológicas) (ANEXO D).
- **Saúde auto-referida** – aplicou-se a escala com os seguintes pontos: excelente, muito bom, bom, regular ou ruim (DEPP & JEST, 2006), após análise estatística de tais resultados classificadas as opções: excelente, muito bom e bom como satisfatória, e regular e ruim como insatisfatória (ANEXO E).
- **Depressão:** foi utilizada a escala *Geriatric Depression Scale* (GDS) abreviada de Yesavage (YESAVAGE et al., 1983) de acordo com os seguintes pontos: abaixo de 5 (ausência de depressão), de 5 a 10 (depressão leve), acima de 10 (depressão severa) (ANEXO F).
- **Estado nutricional:** será aplicada a versão modificada da Mini Avaliação Nutricional (MNA), versão reduzida (KAISER et al., 2009), é composta por 18 itens, sendo publicada originalmente em 1994 por Guigoz, Vellas e Garry. A versão curta (MNA-SF) possui seis itens, foi publicada em 2001 por Rubenstein e colaboradores. Em 2009, Kaiser e colaboradores publicaram uma versão do MNA-SF para superar a dificuldade de cálculo do índice de massa corpórea em pacientes idosos, incluindo a medição da circunferência da panturrilha. Os idosos que pontuaram entre 12 e 14 foram considerados como estado nutricional nutrido, os que somaram entre 8 e 11 estavam sob o risco nutricional e os que apresentaram pontuação menor ou igual a 7 foram considerados desnutridos (ANEXO G).
- **Número de dentes presentes e uso de próteses dentárias móveis:** foi realizada através de inspeção visual da cavidade bucal, com auxílio de foco de luz e afastadores de língua (ANEXO B).

4.7 Instrumento da Pesquisa

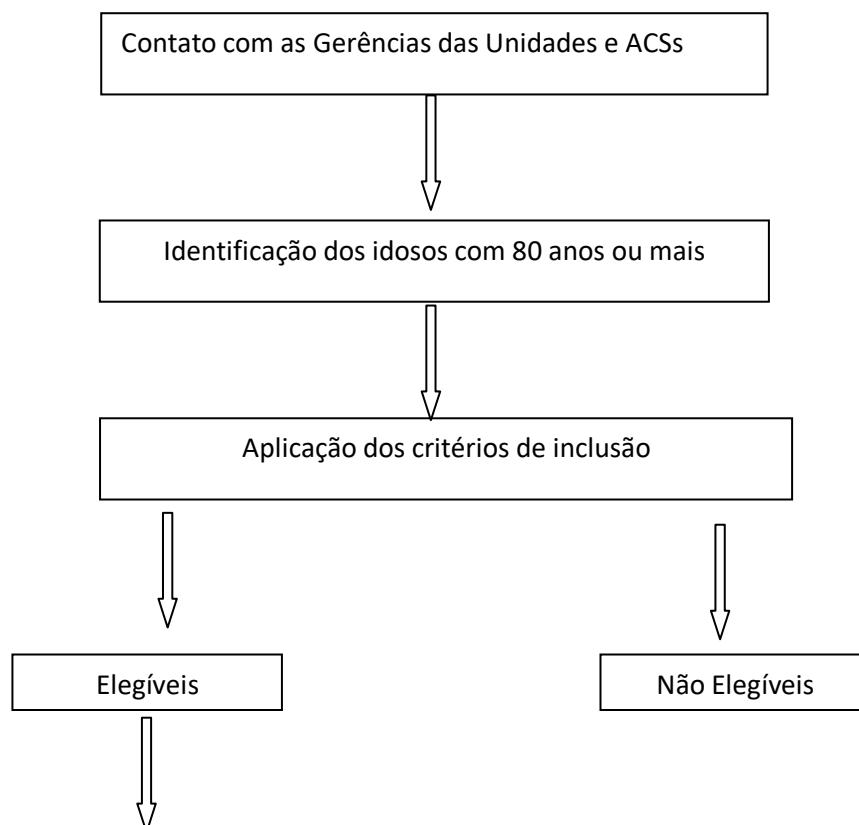
Foi aplicado o questionário da pesquisa a cada participante do estudo além das escalas já enumeradas. Este estudo faz parte do projeto central intitulado: “Envelhecimento bem-sucedido em idosos longevos e fatores associados”.

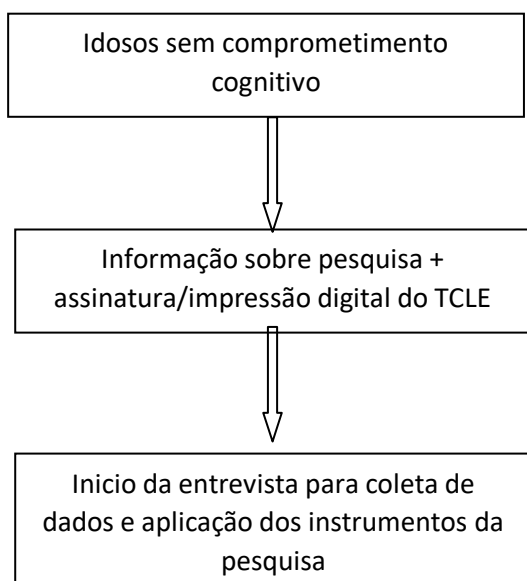
4.8 Coleta dos Dados

A viabilidade de execução da pesquisa foi feita junto à Gerência Geral do Distrito Sanitário IV. Os pesquisadores fizeram uma visita em cada USF do distrito 4.2 para coletar as informações da população acima de 80 anos, participaram do estudo 04 mestrandos do Programa de Pós-graduação em Gerontologia (PPGERO) e 02 do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGISC), vinculados à Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

A seleção da amostra foi realizada por sorteio aleatório após estudo piloto realizado na USF de Sítio das Palmeiras. Após essa fase, foi feita a captação desses idosos por intermédio dos agentes comunitários de saúde (ACS). Os idosos incluídos no estudo que apresentavam limitação funcional eram visitados em domicílio, os que não possuíam limitação foram convidados para comparecer a unidade de saúde para coleta de dados. No primeiro momento, após informação sobre a pesquisa e o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APENDICE A) foi aplicado o questionário da pesquisa com dados sociodemográficos e clínicos; além disso, foram preenchidas as escalas citadas. Os dados foram coletados com o próprio idoso.

4.9 Fluxograma da Pesquisa





4.10 Análise dos Dados

As informações coletadas na pesquisa foram digitadas em um banco de dados construído com o auxílio do *software Microsoft Office Excel*, versão 2007, para construção de tabelas das frequências segundo as variáveis: independentes e dependente da amostra estudada, procedendo-se ao cálculo das medidas de tendência central (médias e medianas) e de dispersão (desvio padrão e cálculo de percentis). Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste exato de Fisher e o Qui-Quadrado de Pearson. O programa utilizado para análise e obtenção dos cálculos estatísticos foi o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 21. A margem de erro utilizada foi de 5% com intervalo de confiança 95%.

4.11 Aspectos Éticos

A pesquisa desenvolvida está vinculada ao projeto intitulado: “ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO EM IDOSOS LONGEVOS E FATORES ASSOCIADOS”, registrado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco sob o protocolo CAAE nº 34900514.0.0000.5208 (APÊNDICE B).

Declaramos não haver conflito de interesse para a realização do presente estudo. Esta pesquisa não contou em nenhuma de suas fases com financiamento público ou privado.

Todos os idosos foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e seus possíveis riscos ou desconfortos, informados da preservação de sua identidade por ocasião da publicação, antes da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5 RESULTADOS

5.1 Variáveis Sociodemográficas

Foram entrevistados 172 idosos, destes 100 encontravam-se dentro dos critérios de inclusão da pesquisa com média de idade de 84,24 anos. Na Tabela 2, estão apresentados os resultados das variáveis sociodemográficas, destacando-se que a idade mínima foi de 80 anos e a máxima de 94 anos e 54% tinham idade inferior a 85 anos. Quanto ao sexo houve maior frequência do feminino (77%), e de acordo com a situação conjugal, os viúvos foram mais prevalentes (63%).

Quanto ao grau de instrução, os que possuíam mais tempo de estudo, representavam apenas 4%, enquanto que a maioria possuía baixo nível de escolaridade (46%), 1 a 4 anos, seguido dos analfabetos que representam 30% da amostra. 76% possuíam uma renda mensal que variava de um a dois salários mínimos vigentes (de R\$724,00 a R\$1448,00), sendo 73% representados por aposentados.

Em relação à cor da pele, 42% dos idosos referiram ser da raça parda. Os longevos católicos representam a maioria (72%), e apenas 1% referiu ser sem religião.

Tabela 2 – Características sociodemográficas de idosos longevos assistidos pela USF da MR 4.2, Recife-PE, 2015.

Variáveis	N (N=100)	Frequência (%)
Idade		
Menos que 85 Anos	54	54,0%
85 - 90 Anos	41	41,0%
90 Anos ou Mais	5	5,0%
Sexo		
Masculino	23	23,0%
Feminino	77	77,0%
Situação conjugal		
Solteiro (a)	10	10,0%
Casado ou tem companheiro (a)	22	22,0%
Viúvo (a)	63	63,0%
Separado (a) ou divorciado (a)	5	5,0%
Escolaridade		
Analfabeto	30	30,0%
1-4 anos	46	46,0%
5-8 anos	20	20,0%

9-11 anos	4	4,0%
Renda		
Menos de 1 salário mínimo (Até R\$ 724,00)	15	15,0%
De 1-2 salários mínimos (De R\$724,00 a R\$1.448,00)	76	76,0%
De 2-4 salários (De R\$ 1.448,00 a R\$ 2.896,00)	7	7,0%
Mais de 4 salários (Mais de R\$ 2.896,00)	2	2,0%
Raça		
Branca	34	34,0%
Preta	20	20,0%
Amarela	4	4,0%
Parda	42	42,0%
Situação Previdência		
Aposentado (a)	73	73,0%
Aposentado (a) / Pensionista	3	3,0%
Pensionista	24	24,0%
Religião		
Católica	72	72,0%
Evangélica	25	25,0%
Espírita	2	2,0%
Sem Religião ou Sem Declarar	1	1,0%

5.2 Saúde Geral dos Idosos Longevos

Quando nos referimos às morbidades registradas em prontuário, pode-se observar na Tabela 3 que a doença mais prevalente nos idosos longevos foi à hipertensão arterial sistêmica (77%), seguida de diabetes mellitus (34%) e doença cardiovascular (27%).

Após avaliação dos sintomas depressivos, segundo o GDS, 63% dos entrevistados apresentaram sintomas de depressão. Sobre o estado nutricional, 47 % dos longevos demonstraram um estado de normalidade, e 9 % encontravam-se desnutridos (Tabela 4). Ao se questionar sobre a sua saúde, 62% classificaram ela como insatisfatória (Tabela 5).

Tabela 3- Morbidades diagnosticadas em prontuário de idosos longevos assistidos pela USF da MR 4.2, Recife, 2015.

Variáveis	N (N=100)	Frequência (%)
Hipertensão Arterial Sistêmica		
Ausência	23	23,0%
Presença	77	77,0%

Diabetes Mellitus		
Ausência	66	66,0%
Presença	34	34,0%
Doença Cardiovascular		
Ausência	73	73,0%
Presença	27	27,0%
Osteoporose		
Ausência	77	77,0%
Presença	23	23,0%
Osteoartrose		
Ausência	78	78,0%
Presença	22	22,0%
Doenças Neurológicas		
Ausência	95	95,0%
Presença	5	5,0%
Doenças Respiratórias		
Ausência	91	91,0%
Presença	9	9,0%
Neoplasias		
Ausência	97	97,0%
Presença	3	3,0%

Tabela 4 – Avaliação da presença de sintomas de depressão e interpretação da MAN em idosos longevos assistidos pela USF da MR 4.2, Recife, 2015.

Variáveis	N (N=100)	Frequência (%)
Depressão		
Ausência	37	37,0%
Presença	63	63,0%
Interpretação MAN		
Desnutrino	9	9,0%
Nutrido	47	47,0%
Risco Nutricional	44	44,0%

Tabela 5 – Classificação de saúde autorreferida de idosos longevos assistidos pela USF da MR 4.2, Recife-PE, 2015.

Variável	N (N=100)	Frequência (%)
Classificação Auto Saúde		
Satisfatória	38	38,0
Não Satisfatória	62	62,0

5.3 Saúde Bucal

Conforme demonstrado na Tabela 6, 53% dos idosos longevos eram totalmente desdentados, e 73% faziam uso de algum tipo de prótese dentária. Após a aplicação do GOHAI, verificou-se que: 68% consideravam sua saúde bucal ótima, e 7% ruim. As mulheres (66,2%) realizaram uma melhor avaliação de sua condição bucal, quando comparado ao sexo masculino (Tabela 7).

Tabela 6 – Saúde Bucal de idosos longevos assistidos pela USF da MR 4.2, Recife-PE, 2015.

Variáveis	N (N=100)	Frequência (%)
Uso de Prótese		
Sim	76	76,0
Não	24	24,0
Número de dentes		
0	53	53,0
1	5	5,0
2	3	3,0
3	5	5,0
4	3	3,0
5	4	4,0
6	5	5,0
7	5	5,0
8	3	3,0
10	3	3,0
11	4	4,0

12	1	1,0
14	1	1,0
16	3	3,0
17	1	1,0
18	1	1,0

Tabela 7 – Interpretação do questionário GOHAI aplicado em idosos longevos assistidos pela USF da MR 4.2, Recife-PE, 2015.

Variável	N (N=100)	Frequência (%)
Interpretação GOHAI		
Ótimo	68	68,0
Regular	25	25,0
Ruim	7	7,0

Quando correlacionamos à saúde bucal com as morbidades diagnosticadas, observou-se que 61% dos idosos que apresentavam hipertensão arterial consideraram sua saúde bucal como ótima, com isso observou-se uma associação significativa entre o GOHAI e a hipertensão arterial ($p=0,022$) (Tabela 8).

Tabela 8 – Interpretação do questionário GOHAI e sua associação com morbidades diagnosticadas em prontuários de idosos longevos assistidos pela USF da MR 4.2, Recife-PE, 2015.

		Interpretação GOHAI						P-valor
		Ótimo		Regular		Ruim		
		N	%	N	%	N	%	
HAS	Ausência	21	91,3%	2	8,7%	0	,0%	0,022*
	Presença	47	61,0%	23	29,9%	7	9,1%	
DM	Ausência	43	65,2%	17	25,8%	6	9,1%	0,475*
	Presença	25	73,5%	8	23,5%	1	2,9%	
DCV	Ausência	53	72,6%	15	20,5%	5	6,8%	0,224*
	Presença	15	55,6%	10	37,0%	2	7,4%	
OP	Ausência	56	72,7%	16	20,8%	5	6,5%	0,165*
	Presença	12	52,2%	9	39,1%	2	8,7%	
AO	Ausência	55	70,5%	19	24,4%	4	5,1%	0,339*

NEURO	Presença	13	59,1%	6	27,3%	3	13,6%	0,766*
	Ausência	64	67,4%	24	25,3%	7	7,4%	
RESPIRA	Presença	4	80,0%	1	20,0%	0	,0%	0,281*
	Ausência	64	70,3%	21	23,1%	6	6,6%	
NEO	Presença	4	44,4%	4	44,4%	1	11,1%	0,233*
	Ausência	67	69,1%	23	23,7%	7	7,2%	
	Presença	1	33,3%	2	66,7%	0	,0%	

* Foi Utilizado o Teste Exato do Fisher

OBS: Há indício de associação estatística nos casos em que o P-Valor for menor que 0,05.

Em relação à associação do GOHAI com sintomas depressivos, saúde autorreferida e avaliação do estado nutricional, pode-se verificar que classificaram sua saúde bucal como ótima os longevos com sintomas depressivos (79,4%), os que consideram sua saúde geral como insatisfatória (58,1%) e os que se apresentavam nutridos (80,9%), ocorrendo apenas correlação estatística significativa com o GDS ($p = 0,006$) e a classificação de saúde autorreferida ($p = 0,021$) (Tabela 9).

Tabela 9 – Interpretação do questionário GOHAI e seu cruzamento com índice de depressão (GDS), Saúde auto-referida e Mini Avaliação Nutricional aplicado em idosos longevos assistidos pela USF da MR 4.2, Recife-PE, 2015.

		Interpretação GOHAI						P-valor
		Ótimo		Regular		Ruim		
		N	%	N	%	N	%	
Depressão	Ausência	18	48,6%	15	40,5%	4	10,8%	0,006*
	Presença	50	79,4%	10	15,9%	3	4,8%	
Classificação Saúde Autoreferida	Satisfatório	32	84,2%	4	10,5%	2	5,3%	0,021*
	Insatisfatório	36	58,1%	21	33,9%	5	8,1%	
Interpretação MNA	Desnutrido	6	66,7%	3	33,3%	0	,0%	0,082*
	Nutrido	38	80,9%	7	14,9%	2	4,3%	
	Risco nutricional	24	54,5%	15	34,1%	5	11,4%	

* Foi Utilizado o Teste Exato do Fisher

OBS: Há indício de associação estatística nos casos em que o P-Valor for menor que 0,05.

Quanto à presença de prótese dentária, pode-se constatar correlação estatística significativa, quando, dos que faziam uso de próteses, 73,7% tinham uma autopercepção ótima de sua saúde bucal ($p = 0,030$), já dos longevos totalmente desdentados, 71,1% tinham também uma ótima autopercepção, porém, estes sem significância estatística (Tabela 10).

Tabela 10 – Interpretação do questionário GOHAI e sua associação com número de dentes e uso de próteses dentárias móveis, em idosos longevos assistidos pela USF da MR 4.2, Recife-PE, 2015.

		Interpretação GOHAI						
		Ótimo		Regular		Ruim		P-valor
		N	%	N	%	N	%	
Prótese	Sim	56	73,7%	18	23,7%	2	2,6%	0,006 *
	Não	12	50,0%	7	29,2%	5	20,8%	
Qtde_Dentes	Nenhum Dente	38	71,7%	13	24,5%	2	3,8%	0,202 *
	Menos de Dez Dentes	21	63,6%	7	21,2%	5	15,2%	
	Dentes ou Mais	9	64,3%	5	35,7%	0	,0%	

* Foi Utilizado o Teste Exato do Fisher

OBS: Há indício de associação estatística nos casos em que o P-Valor for menor que 0,05.

6 DISCUSSÃO

A longevidade é um fenômeno mundial, e seguindo esta tendência, ao analisar o perfil sociodemográfico dos idosos longevos avaliados neste estudo, observou-se que a maior parte deles encontrava-se entre a faixa etária de 80 a 85 anos, com predominância do sexo feminino e com situação conjugal de viuvez, o que está em consonância com outros estudos sobre o aumento da expectativa de vida no Brasil (IBGE, 2013) e da feminização da velhice (IBGE, 2011; Porciúncula, 2014).

O fenômeno da feminização pode ser observado nos países em desenvolvimento devido à sobremortalidade masculina em todas as faixas etárias em consequências de fatores de risco que assumem uma importância significativa como: fumo, álcool, acidentes de trabalho, homicídios e doenças cardiovasculares (CHAIMOWICZ, 2013). Este fato tem repercussões importantes na sociedade, devido a maior parte delas apresentarem menores índices de escolaridade, e transtornos emocionais devido à viuvez e ao isolamento social (CAMARANO, 2002; PEREIRA et al., 2014; FONTES et al., 2013). O baixo nível educacional das idosas pode ser explicado devido a valores sociais e culturais que as mesmas assumiam, principalmente os cuidados domiciliares, além da maioria não ter tido acesso às escolas públicas (ALMEIDA, 2015).

A baixa escolaridade representa um dos aspectos da desigualdade social no Brasil, e pode ser considerada, como fator limitante para a sobrevivência e a qualidade de vida (FELICIANO et al. 2004). Em relação ao nível educacional, observou-se neste estudo mais pessoas idosas com baixo nível de escolaridade; já em relação à renda, a maioria relatava um ganho mensal de um a dois salários mínimos vigentes, sendo a aposentadoria a situação previdenciária mais comum, tais dados assemelham-se com outras pesquisas publicadas anteriormente (PORCIÚNCULA, 2014; PEREIRA et al., 2014; FONTES et al., 2013).

O acúmulo de sequelas de doenças, incapacidade, perda de autonomia e da qualidade de vida podem ser trazidas pelo envelhecimento. No grupo avaliado foi observado alto número de morbidades diagnosticadas em prontuário, sendo a mais prevalente a hipertensão arterial sistêmica, corroborando com dados obtidos em outros estudos (LIMA, 2003; PORCIÚNCULA, 2014; CARNEIRO E FALCONE 2005; SILVA, 2015).

A depressão no idoso merece especial atenção, uma vez que vem apresentando prevalência crescente na sociedade, levando a consequências negativas para a qualidade de vida. No estudo de Duarte (2007) relatou que, aproximadamente, 15% a 20% de idosos não institucionalizados apresentam sintomas depressivos. Já Oliveira (2006) realizou uma

pesquisa com 118 idosos e observou depressão leve ou moderada em 50% dos longevos com 80 anos ou mais, dado esse que se assemelha aos obtidos neste estudo, em que 63% dos pesquisados apresentavam esse sintoma.

No que se refere ao risco nutricional, 47% dos longevos foram considerados nutridos, seguidos por 44% que apresentavam risco nutricional, o que pode nos levar a sugerir que a quantidade de desnutridos da amostra deste estudo poderia ser maior do que o encontrado caso os idosos institucionalizados, acamados ou com comprometimento cognitivo tivessem sido incluídos. Assim, como relatado na pesquisa De Luis et al. (2011) com 833 idosos institucionalizados, que observaram uma prevalência maior de pessoas idosas com risco nutricional ou desnutridos.

No tocante a avaliação de saúde autorreferida, 62% dos longevos entrevistados consideraram sua saúde como insatisfatória, provavelmente, esta percepção negativa se deve ao número elevado de morbidades diagnosticadas. Entretanto, na pesquisa realizada por Porciúncula (2014) verificou-se que os idosos, em geral, referiram ótimo ou bom nível de saúde, apesar das mulheres fazerem mais referência a ter saúde ruim e péssima (37,2%). Esta contradição entre saúde autoreferida e saúde bucal auto-percebida, leva a uma reflexão de que os idosos possam considerar como “natural” a má condição de saúde bucal devido a idade avançada.

O Ministério da Saúde do Brasil (2011) relatou que na faixa etária de 65 a 74 anos, os idosos brasileiros demonstravam altos índices de perda dentária. Apesar de dados epidemiológicos e clínicos bucais se restringirem a estudar idosos com até 75 anos, se compararmos com a amostra pesquisada em longevos, pode-se observar dados semelhantes em relação à alta prevalência de perda dentária. Esta realidade pode sugestionar toda uma história da relação do indivíduo com o acesso aos serviços de saúde, em que o modelo tradicional o expôs a uma prática mutiladora (LEWANDOWSKI, 2014).

A contribuição dos dentes naturais para a função oral pode ser fracamente preditiva da autopercepção no Brasil, corroborando com outro estudo de indicador de autopercepção, que observou que estes índices são elevados mesmo para idosos com piores condições de perda dentária (MARTINS, 2010). Entretanto, na pesquisa realizada por Enoki (2013) no Japão, observou-se que mudanças desfavoráveis no estado clínico oral ao longo do tempo são refletidas em uma autoavaliação da saúde bucal mais pobre, sendo o número de dentes presentes importante determinante da percepção subjetiva da saúde bucal.

Outros estudos sobre autopercepção de saúde bucal já haviam mostrado que a maioria dos idosos vêem sua condição bucal de maneira favorável, mesmo em condições clínicas não

satisfatórias (ANDRADE *et al.*, 2012; COSTA, *et. al.*, 2010; MARTINS, 2010; SILVA, 2001).

É importante salientar que a alta prevalência de perda dentária detectada na amostra estudada indica a necessidade de reabilitação protética, porém 76% dos idosos pesquisados faziam uso dela. Dados semelhantes foram encontrados por Lewandowisk (2014), que ao avaliar amostra de longevos atendidos em um serviço de Geriatria e Gerotologia multiprofissional na cidade de São Paulo, observou que 84,2% fazia de algum tipo de uso de prótese dentária.

Segundo o SB Brasil 2010 (2011) apenas 7,3% da população idosa de 65 a 74 anos não necessitaria de prótese dentária, dados que se assemelham com os achados para o subgrupo etário de longevos da pesquisa. Apesar da alta prevalência do uso de prótese dentária nos longevos da amostra estudada, dados do SUS de 2012 demonstraram que a proporção de próteses confeccionadas pelo SUS em longevos foi quase metade da realizada nas outras faixas etárias de idosos.

Em países mais desenvolvidos o uso de próteses, problemas de mastigação e a insatisfação com a aparência dos dentes são associados a um alto impacto no perfil de saúde oral (JOKOVIC, 1997; SILVA, 2012). No presente estudo pode-se constatar que houve uma associação significativa ($p=0,030$) dos que faziam uso de próteses com a saúde bucal autopercebida, pois 73,3% consideraram como ótima sua saúde bucal.

Uma condição comprometida de saúde bucal pode contribuir para distúrbios de alimentação, desnutrição crônica e sarcopenia, esses fatores interferem na fase inicial do processo digestivo, com repercussões nas condições de saúde e nutrição do idoso (SHEIHAM *et al.*, 1999; STENMAN, 2012).

No tocante a este estudo pode-se verificar que não houve correlação estatística entre as condições nutricionais e as percepções dos longevos em relação a sua saúde bucal. Diferente do encontrado por Mesas *et al.*(2010) quando verificou que a autopercepção negativa da saúde bucal foi uma das variáveis associadas com o déficit nutricional.

Fazendo a correlação entre as comorbidades e o índice de GOHAI, verificou-se que os longevos que não foram diagnosticados com hipertensão arterial eram os que melhor tinham uma percepção de sua saúde bucal, isso pode ser observado também em um estudo desenvolvido por Bertotti *et al.*(2015) onde os idosos que faziam uso de medicações para doenças do aparelho circulatório, como a hipertensão, apresentaram o índice de GOHAI menor, revelando uma autopercepção bucal insatisfatória. Isto pode justificar-se pelo fato de

que a presença da hipertensão arterial implica em medicações de uso contínuo que podem acarretar em mudanças na cavidade bucal devido a seus efeitos adversos.

Alguns estudos relataram que as condições precárias de saúde bucal do idoso causam impacto sobre sua vida diária, proporcionam baixa estima; e que a manutenção dos dentes saudáveis ajudam numa fonação adequada, melhora a estética e ajuda na reinserção social proporcionando bem estar (MOREIRA, 2009; RIOS, 2006). Ao contrário do que foi citado pelos autores acima, na amostra analisada, a maioria dos participantes, mesmo com sintomas depressivos, avaliaram como ótima sua condição bucal.

No que diz respeito ao tema proposto, há que se destacar, que as necessidades de cuidados bucais, dos idosos longevos são importantes e amplas, sendo preciso aprofundar ainda mais o estudo na área, os quais são insuficientes para este subgrupo populacional. É preciso aumentar o conhecimento dos idosos sobre sua saúde bucal para que tenham um julgamento apropriado do seu estado e também, este estudo mostra que as ações de educação, prevenção e promoção em saúde bucal do idoso ultrapassam o limite da odontologia clínica.

Reconhecemos que existem limitações nesta pesquisa, devido à escassez de publicações sobre saúde bucal com este subgrupo populacional. Os dados epidemiológicos e clínicos bucais se restringem a estudar idosos com até 75 anos, além disso, o auto-relato pode ser considerado uma limitação da pesquisa em algumas avaliações de componentes sociais e psicológicos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos nesta pesquisa demonstram que é essencial entender como a pessoa percebe sua condição bucal, pois o seu comportamento é condicionado pela percepção e pela importância dada à mesma.

Os longevos avaliaram favoravelmente sua saúde bucal, embora sua condição clínica não fosse satisfatória. Existindo uma não percepção quanto à necessidade de cuidados odontológicos pelos idosos, sendo necessário ampliar o conhecimento dos mesmos sobre sua saúde bucal. Podendo-se perceber que essa percepção pode ser alterada por algumas questões culturais e crenças de que algumas dores e incapacidades, como a perda dentária, são comuns devido à idade avançada, fazendo parte do processo de envelhecimento.

Existe uma contradição entre saúde autorreferida e saúde bucal auto-percebida, os mesmos idosos que se diziam insatisfeitos com sua saúde geral, consideravam como ótima sua saúde bucal, o que nos leva a uma reflexão de que os idosos possam considerar como “natural” a má condição de saúde bucal e ter como parâmetro para a insatisfação com sua saúde geral a elevada prevalência de doenças crônicas observadas neste grupo.

A contribuição dos dentes naturais para a função oral pode ser fracamente preditiva da autopercepção, visto que a população estudada era constituída em sua maioria por indivíduos totalmente desdentados, fazendo-nos supor uma provável ligação dessa variável clínica com ausência da sintomatologia dolorosa. Além de demonstrar uma realidade vivida por essa geração de pacientes com ausência de políticas preventivas e práticas iatrogênicas e mutiladoras realizadas no passado por profissionais da odontologia.

Por outro lado, os longevos desta amostra apresentaram um alto índice de reabilitação protética o que pode ter contribuído também para influenciar favoravelmente a sua percepção de saúde bucal.

As doenças diagnosticadas em prontuário para esta amostra, especialmente a hipertensão arterial, apresentou correlação com o fato dos idosos se sentirem menos satisfeitos com sua saúde bucal, o que pode justificar-se pelo fato de que a presença da hipertensão arterial implica em medicações de uso contínuo que podem acarretar em mudanças na cavidade bucal devido a seus efeitos adversos.

Ao avaliar a autopercepção dos longevos da amostra percebe-se que a educação, prevenção e promoção em saúde bucal desse subgrupo etário ultrapassa o limite da odontologia clínica. É importante aprofundar sobre o tema a fim de se instituir ações a nível

populacional de saúde pública para cuidados com a saúde bucal que possibilitem maior inclusão dos idosos no sistema, não apenas para as próximas gerações, mas principalmente para a geração atual de longevos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. V.; MAFRA S. C. T.; SILVA, E. P.; KANSO S. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 14, n. 1, p. 115 - 131, jan./jun. 2015
- ANDRADE, F.B.; LEBRÃO, M.L.; SANTOS, J.L.; DUARTE, Y.A.; TEIXEIRA, D.S. Factors related to poor self-perceived oral health among community-dwelling elderly individuals in São Paulo, Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, p. 28-10, 2012.
- ATCHISON, K.A.; DOLAN, T.A. Development of the geriatric oral health assessment index. **Journal of Dental Education.**, v. 54, n 11, p. 680-686, 1990.
- BERTOLUCCI, P.H.F.; BRUCKI, S.M.D.; CAMPACCI, S.R.; JULIANO, Y. O Mini-exame do Estado Mental em uma população geral: Impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 52, 1-7, 1994.
- BERTOTTI, M.E.Z.; SOUZA, A.R.; ALMEIDA, D.V.; MACIAS SEDA, J.; POPIM, R.C. Autopercepção da saúde bucal de idosos em interface com doenças crônicas e uso de medicações. **Arquivos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa**, São Paulo, v. 60, p. 54-60, 2015.
- BÓS, A.J.G.; PEDRO, R.E.L.; LEWANDOWSKI, A.; LAZZAROTTO, D.J.; LINDEN, M.S.S.; CARLI, J.P.; LINDEN, L.A.S.; GIARETTA, B.M.; TRENTIN, M.S. Situação atual da Saúde Bucal nos Idosos do Rio Grande do Sul. In: João Paulo De Carli; Ricardo Cauduro Neto; Maria Salete Sandini Linden. (Org.). **Multidisciplinaridade na saúde bucal**. 5ed.Porto Alegre: RGO, v.1, p. 36-40, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica n 17. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório final. Brasília: MS; 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais**. Brasília, DF, 2011.

Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS, Informações de Saúde. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>>

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

CHAIMOWICZ, F.; BARCELOS, M. E.; MADUREIRA, S. D. M.; RIBEIRO, F. T. M. **Saúde do idoso**, Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2ed., p. 33-34, 2013.

COSTA, E.F.A.; PORTO, C.C.; ALMEIDA, J.C.; CIPULLO, J.P.; MARTIN, J.F.V. *Semiologia do idoso*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. cap. 9, p. 154-183, 2005.

COSTA, E.H.M.; SAINTRAIN, M.V.L.; VIEIRA, A.P.G.F. Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 6, p. 2925-2930, Out, 2010.

DE LUIS, D.A.; LÓPEZ MONGIL, R.; GONZÁLEZ SAGRADO, M.; LÓPEZ TRIGO, J.A.; MORA, P.F.; CASTRODEZA SANZ, J. Evaluation of the mini-nutritional assessment short-form (MNA-SF) among institutionalized older patients in Spain. **Nutrición Hospitalaria**, v. 26, n. 6, p.1350-4, 2011.

DEPP, C.A; JESTE, D.V. Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. **The American journal of geriatric psychiatry**, v. 14, n. 1, p. 6–20, 2006.

DIPIETRO, L.; FIATARONE SINGH, M.; FIELDING, R.; NOSE, H. Successful aging – Editorial. **Journal of aging research**, v. 22, n. 1, p. 71-6, 2012.

DUARTE, M.B.; REGO, M.A. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n.3, p. 691-700, 2007.

ENOKI, K.; IKEBI, K.; MATSUDA, K.I.; YOSHIDA, M.; MAEDA, Y.; THOMSON, W.N. Determinants of change in oral health-related quality of life over 7 years among older Japanese. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 40, p.252-257, 2013.

FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A. de; FREITAS, I. C. M. de. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, nº. 6, p. 1575-1585, nov-dez. 2004.

FELIX, J. S. **Economia da Longevidade: O envelhecimento da população brasileira e as políticas públicas para os idosos**, 2009. Dissertação. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 2009.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. Mini-mental state: a practical method for reading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, p. 189-98, 1975.

FONTES, A. P.; BOTELHO, M. A.; FERNANDES, A.A. A funcionalidade dos mais idosos (≥ 75 anos): conceitos, perfis e oportunidades de um grupo heterogêneo. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.16, n. 1, p. 91-107, 2013

GUIGOZ, Y.; VELLAS, B.; GARRY, P.J. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. **Facts and Research in Gerontology**, v. 4, n. 2, p. 15-59, 1994.

GUIMARÃES, M.L.R.; HILGERT, J.B.; HUGO, F.N.; CORSO, A.C.; NOCCHI, P.; PADILHA, D.M.P. Impacto da perda dentária na qualidade de vida de idosos independentes. **Scientia Medica**, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 1, jan./mar, 2005.

HENRIQUES C.; TELAROLLI JÚNIOR, R.; LOFFREDO, L.C.M.; MONTANDON, A.A.B.; CAMPOS, J.A.D.B. Autopercepção das condições de saúde bucal de idosos do município de Araraquara – SP. **Ciência Odontológica Brasileira**, v. 10, n. 3, p. 67-73, Jul/Set 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. **A dinâmica demográfica brasileira e os impactos nas políticas públicas.** Disponível em: http://http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_din.pdf

IBGE. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. **Projeções da população do Brasil por sexo e idade: 2000-2060.** Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse dos resultados do Censo 2010.** Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Senso Demográfico de 2010.** Rio de Janeiro, 2011.

ISOLAN C. P. **Saúde oral dos idosos que frequentam o convento de Santo Antonio.** Dissertação. Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro 2006.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D. Dissatisfaction with oral health status in an older adult population. **Journal Public Health Dental**, v, 57, n. 1, p. 40-7, 1997.

KAISER, M.J.; BAUER, J.M.; RAMSCH, C.; UTER, W.; GUIGOZ, Y.; CEDERHOLM, T.; THOMAS, D.R.; ANTHONY, P.; CHARLTON, K.E.; MAGGIO, M.; TSAI, A.C.; GRATHWOHL, D.; VELLAS, B.; SIEBER, C.C. MNA-International Group. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): A practical tool for identification of nutritional status. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, v. 13, p. 782-788, 2009.

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.

KIRKWOOD, T.B.L. A systematic look at an old problem: as life expectancy increases, a systemsbiology approach is needed to ensure that we have a healthy old age. **Nature**. v. 451, n.7, p. 644-7, 2008.

LEITE, V.M.; CARVALHO, E.M.; BARRETO, K.M.; FALCÃO, I.V. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. **Revista Brasileira de Saúde Maternidade Infantil**, v. 6, n. 1, p. 31-8, 2006.

LEVINE, D. M.; BERENSON, M. L.; STEPHAN, D. **Estatística: Teoria e Aplicações usando Microsoft Excel em Português**. Rio de Janeiro: LTC, 2000.

LEWANDOWSKI, A.; BÓS, A.J.G.; DOCKHORN, D.M.C. **Situação de Saúde Bucal de Idosos atendidos em Ambulatório Multiprofissional**. 2013.

LEWANDOWSKI A; BOS .; **Estado de saúde bucal e necessidade de prótese dentária em idosos longevos**. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, v. 68, n. 2, p. 155-158, 2014.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD 98). **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 735-43, 2003.

MARAFON, L.P.; DA CRUZ, I.B.M.; SDCHWANKE, C.H.A.; MORIGUCHI, E.H. Associação de fatores de risco e de morbidade cardiovascular com mortalidade em idosos longevos. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p.797-806, 2003.

MARTINS, A.M.; BARRETO, S.M.; SILVEIRA, M.F.; SANTA-ROSA, T.T.; PEREIRA, R.D. Self-perceived oral health among Brazilian elderly individuals. **Revista de Saúde Pública**; 44:5 São Paulo Oct; 2010 Epub Sep 03, 2010.

MENEZES, T.M.O.; LOPES, R.L.M. Produção do conhecimento sobre idoso longo: 1998-2008 **Revista de enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, out/dez; v. 17, n. 4, p.569-74.59, 2009.

MESAS, E.A.; ANDRADE, M.S.; CABRERA, S.A.M.; BUENO, C.R.L.V. Saúde bucal e déficit nutricional em idosos não institucionalizados em Londrina, Paraná, Brasil. **Brasil Epidemiologia**, v. 13, n. 3, São Paulo Sept. 2010.

MOREIRA, R.S.; NICO, L.S.; SOUSA, M.L.R. Fatores associados à necessidade subjetiva de tratamento odontológico em idosos brasileiros. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, p. 2661- 71, 2009.

OLIVEIRA, P.A.A.D; GOMES, L.; OLIVEIRA, F.R. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 4, p. 734-6, 2006.

PEREIRA, R.S.; CURIONI, C.C.; VERAS, R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Textos sobre Envelhecimento**, v.6, n. 1, p. 43-59, 2003.

PEREIRA, L. DE F.; LENARDT, M. H.; MICHEL, T.; HAMMERSCHMIDT, N; CARNEIRO, K. **Perfil socioeconômico e demográfico de idosos longevos usuários de uma unidade básica de saúde**. *Cogitare Enferm.*, v. 19, n. 4, p. 709-716, 2014.

PERES, S.H.C.S.; PERES, A.S. Determinantes das condições socioeconômicas da saúde bucal da terceira idade. **Revista da Pós-Graduação**, v. 10, n. 4, p. 369-75, 2003.

PORCIÚNCULA, R.D.C.R. DA; CARVALHO, E.F. DE; BARRETO, K.M.L.; LEITE, V. M. M. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 2, p. 315-325, 2014.

PRATA, H.L.; ALVES JUNIOR, E.D.; PAULA, F.L.; FERREIRA, S.M. Envelhecimento, depressão e quedas: um estudo com os participantes do Projeto Prev-Quedas. **Fisioterapia e Movimento**, Curitiba, v. 24, n. 3, p. 437-43, 2011.

PUCCA JUNIOR, G.A. Saúde bucal do idoso, aspectos demográficos e epidemiológicos. Medcenter, 7 Abril 2000. Maio 2001 Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=81&idesp=19&ler=5>

RECIFE. Plano Municipal de Saúde 2006-2009. 2005. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/227.pdf>

RIOS, L.R. **Distúrbios bucais na terceira idade**. Monografia. Campinas. Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic, 2006.

ROSA, A.G.F.; FERNANDEZ, R.A.C.; PINTO, V.G.; RAMOS, L.R. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, v. 26, p. 155-160, 1992.

ROSA, L.B.; ZUCCOLOTTO, M.C.C.; BATAGLION, C.; CORONATTO, E.A.S. Odontogeriatrics – a saúde bucal na terceira idade. **Revista da Faculdade de Odontologia (RFO)**, v.13, n. 2, p. 82-86, maio/agosto 2008.

RUBENSTEIN, L.Z.; HARKER, J.O.; SALVA, A.; GUIGOZ, Y.; VELLAS, B. Screening for undernutrition in geriatric practice: Developing the short-form Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF). **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 56, p. 366–372, 2001.

SAMPAIO, L.S.; SILVA NETO, D.G.; REIS, L.A.; LAUTON, M.A.R.; DOS REIS, L.A.; SANTOS, A.O.; TORRES, G.V. Condições sociodemográficas e de saúde de idosos residentes em domicílio no município de Jequié-BA. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 267-74, 2009.

SES. Secretaria de Estado de Saúde. Minas Gerais. **Atenção à saúde do idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, p. 186, 2006.

SHEIHAM, J.G.; STEELE MARCENES, W.; FINCH, S.; WALLS, A.W.G. The impact of oral health on stated ability to eat certain foods; Findings from the National Diet and Nutrition Survey of Older People in Great Britain. **Gerodontology**, v. 16, p. 11–17, 1999.

SILVA, D.D.; HELD, R.B.; TORRES, S.V.S.; SOUSA, M.R.L.; NERI, L.A.; ANTUNES, J.L.F. Self-perception of oral health in non-institutionalised elderly of Piracicaba city, Brazil. **Gerodontology**, v. 29, p. e281–e289, 2012.

SILVA, D.D.; SOUSA, M.L.R.; WADA, R.S. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1251-1259, Jul/Ago 2005.

SILVA, E.P; MAFRA, S.C.T. Envelhecimento no Brasil: o retrato da diversidade. Visconde do Rio Branco: Suprema, 2015.

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, S.R.C.; JUNIOR, A.V. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 8, n. 4, p. 268-271, Maio 2000.

STENMAN, U.; AHLQWIST, M.; RKELUND, C.B.; HAKEBERG, M. Oral health-related quality of life – associations with oral health and conditions in Swedish 70-year-old individuals. **Gerodontology**, v. 29, p. e440–e446, 2012.

YESAVAGE, J.A.; BRINK, T.L.; ROSE, T.L.; LUM, O.; HUANG, V.; ADEY, M.; LEIRER, V.O. Development and validation of geriatric depression screening scale: preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**, v.17, p. 37-49, 1983.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: **Envelhecimento bem-sucedido em idosos longevos e fatores associados**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Márcia Carréra Campos Leal - Endereço para contato: Departamento de Medicina Social da UFPE - Av. Prof. Moraes Rego, s/n. Cidade Universitária. Recife – PE. CEP: 50670-901, E-mail: marciacarrera@hotmail.com, Telefone: (81): 21268550. Este Termo de Consentimento pode conter informações que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre sua participação na pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

O objetivo avaliar o envelhecimento bem-sucedido em idosos maiores de 80 anos assistidos na Atenção Básica e os fatores associados a esse envelhecimento. O (a) Sr. (a) responderá a uma entrevista sobre a sua condição física e emocional por meio de instrumento de avaliação da área de envelhecimento.

O estudo poderá trazer risco como o possível constrangimento para o senhor (a) durante a entrevista. Porém, poderá trazer benefícios, como por exemplo, melhorias para a qualidade de vida do idoso, pois ajudará a aumentar os conhecimentos na área da assistência ao idoso não institucionalizado, além disso, durante a entrevista o senhor (a) poderá fazer perguntas e esclarecer suas dúvidas.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

As informações (entrevistas) serão armazenadas em armário particular, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço acima informado, pelo período de 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Assinatura do pesquisador responsável

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **Envelhecimento bem-sucedido em idosos longevos e fatores associados**, como voluntários (a).

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:

Assinatura:

Nome:

Assinatura:

APÊNDICE B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanos	UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-	
--	---	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO EM IDOSOS LONGEVOS E FATORES ASSOCIADOS

Pesquisador: Márcia Carréra Campos Leal

Área Temática:

Versão: -2

CAAE: 34900514.0.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 818.705

Data da Relatoria: 10/10/2014

Apresentação do Projeto:
Indicado no relatório inicial.

Objetivo da Pesquisa:
Indicado no relatório inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Indicado no relatório inicial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Indicado no relatório inicial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Indicado no relatório inicial.

Recomendações:
s/recomendação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
aprovado.

Situação do Parecer:
Aprovado

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

Página 01 de 02

ANEXOS

ANEXO A - ESCALAS DE AVALIAÇÃO COGNITIVA

10. Mini-Exame do Estado Mental – MEEM				
INSTRUÇÕES:				
DOMÍNIOS			ERRADO	CERTO
1. Orientação temporal (0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano	0	1
		Semestre ou hora aproximada	0	1
		Mês	0	1
		Dia do mês	0	1
		Dia da semana	0	1
2. Orientação espacial (0 - 5 pontos)	Onde estamos?	<u>Estado</u>	0	1
		<u>Cidade</u>	0	1
		<u>Bairro ou rua próxima</u>	0	1
		<u>Local geral</u> – que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo – NAI)	0	1
		<u>Local específico</u> – em que local nós estamos? (consultório)	0	1
3. Memória imediata (repita as palavras) (0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita se necessário (máximo 5x)	Caneca	0	1
		Tijolo	0	1
		Tapete	0	1
4. Cálculo	O (a) Sr (a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)		
4a. Cálculo (0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00, quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total de 5	100 - 7 = 93	0	1
		93-7 = 86	0	1
		86-7 = 79	0	1
		79-7 = 72	0	1

	subtrações ao todo)	$72-7 = 65$	0	1
5. Memória de evocação (0 – 3 pontos)	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	0 0 0	1 1 1
6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	0 0	1 1
7. Linguagem (0-1 ponto)	Repita a frase!	“NEM AQUI, NEM ALÍ, NEM LÁ”.	0	1
8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	a) Pegue o papel com a mão direita; b) Dobre-o ao meio; c) Ponha-o no chão;	0 0 0	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	.0	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa. O comando é: <u>ESCREVA</u> <u>UMA FRASE</u> <u>QUE TENHA</u> <u>COMEÇO,</u> <u>MEIO E FIM</u> <u>E FACA</u> <u>SENTIDO.</u>	Uma frase com início meio e fim (não precisa ser longa). Implica na presença mínima do sujeito e do verbo, devendo ter sentido. <u>Gramática e pontuação não são pontuadas.</u>	0	1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		0	1

TOTAL DE PONTOS DOS 11 QUESITOS	MEEM_____
---------------------------------	-----------

Fonte: FOLSTEIN; FOLSTEIN & MCHUGH, 1975.

Classificação de comprometimento cognitivo segundo escolaridade	
Analfabetos	Igual ou abaixo de 13
Baixa e média escolaridade	Igual ou abaixo de 18
Alta escolaridade	Igual ou abaixo de 26
Paciente atual	() Ausência de comprometimento cognitivo
	() Ausência de comprometimento cognitivo

Fonte: BERTOLUCCI et al., 1994.

ANEXO B - SAÚDE BUCAL

Avaliação clínica	
Quantidade de dentes	
Uso de prótese	() Sim () Não

23. Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)	
	Pontuação
1. Nos últimos 3 meses diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes?	
2. Nos últimos 3 meses tiveram problemas para mastigar alimentos?	
3. Nos últimos 3 meses tiveram dor ou desconforto para engolir alimentos?	
4. Nos últimos 3 meses mudaram o seu modo de falar por causa dos problemas da sua boca?	
5. Nos últimos 3 meses sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?	
6. Nos últimos 3 meses deixaram de se encontrar com outras pessoas por causa da sua boca?	
7. Nos últimos 3 meses sentiram-se satisfeito ou feliz com a aparência de sua boca?	
8. Nos últimos 3 meses teve que tomar medicamentos para passar a dor ou desconforto da sua boca?	
9. Nos últimos 3 meses teve algum problema na sua boca que o deixou preocupado?	
10. Nos últimos 3 meses chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca?	
11. Nos últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na boca?	
12. Nos últimos 3 meses sentiu os seus dentes ou gengivas ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?	

Fonte: ATCHINSON; DOLAN, 1990.

ANEXO C – ROTEIRO DA PESQUISA**Nº DO QUESTIONÁRIO:** _____**DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO:**

01. Nome: _____ _____
02. Nº Prontuário: _____ (ACS responsável: _____) Endereço: _____ _____ Telefones para contato: _____
03. Em caso de comprometimento cognitivo, responsável por oferecer as informações (nome e parentesco) : _____
Entrevistador: _____ Data da entrevista: ____/____/____

A) FATORES SÓCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

04. Data de Nascimento: ____/____/____	05. Idade (anos completos): _____
06. Sexo (0) Masculino (1) Feminino	
07. Situação Conjugal (0) Mora com o esposo (a) ou companheiro (a) (1) Nunca se casou ou morou com companheiro (a) (2) Viúvo (a) ou sem companheiro (a) atual (3) Separado (a) ou divorciado (a)	8. Qual sua escolaridade? (anos de estudo com aprovação) (0) Superior completo (1) Superior incompleto (2) 2º grau completo (3) 2º grau incompleto (4) 1º grau completo (5) 1º grau incompleto (6) Primário completo (7) Primário incompleto (8) Nenhum
09. Rendimento mensal individual: (0) Menos de 1 salário mínimo (Até R\$ 724,00) (1) De 1-2 salários mínimos (De R\$724,00 a	

R\$1.448,00) (2) De 2-4 salários (De R\$ 1.448,00 a R\$ 2.896,00) (3) Mais de 4 salários (Mais de R\$ 2.896,00) (4) Sem renda	
--	--

ANEXO D - REVISÃO PRONTUÁRIOS A CERCA DE CO-MORBIDADES

24. Avaliação de doença crônica	
HAS	(0) Ausente (1) Presente
DM	(0) Ausente (1) Presente
Doenças cardiovasculares	(0) Ausente (1) Presente
Osteoporose	(0) Ausente (1) Presente
Osteoartrose	(0) Ausente (1) Presente
Doenças neurológicas	(0) Ausente (1) Presente

Classificação de doenças crônicas	
() Presente	(lembrar-se de pontuar depressão se presente)
() Ausente	

ANEXO E - AVALIAÇÃO DE SAÚDE AUTO-PERCEBIDA

O (a) senhor (a) diria que sua saúde é:

- (0) Excelente (1) Muito boa (2) Boa
(3) Regular (4) Ruim

Classificação de saúde auto-percebida
() Boa (0 – 1 – 2)
() Não satisfatória (3 – 4)

ANEXO F - AVALIAÇÃO DE HUMOR (PACIENTE QUE APRESENTAR COMPROMETIMENTO COGNITIVO DEVE IR DIRETO PARA PARTE M PARA CONCLUIR QUESTIONÁRIO)

13. Escala de Depressão Geriátrica – GDS (as perguntas não podem ser alteradas, deve-se perguntar exatamente o que consta no instrumento)		
INSTRUÇÕES: Para cada questão, escolha a opção que mais se assemelha ao que você está sentindo nas últimas semanas.		
1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?	Sim ()	Não ()
2. Você se aborrece com frequência?	Sim ()	Não ()
3. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	Sim ()	Não ()
4. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim ()	Não ()
5. Você sente que sua situação não tem saída?	Sim ()	Não ()
6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	Sim ()	Não ()
7. Você acha que sua situação é sem esperanças?	Sim ()	Não ()
8. Você acha maravilhoso estar vivo?	Sim ()	Não ()
9. Você sente que sua vida está vazia?	Sim ()	Não ()
10. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	Sim ()	Não ()
11. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	Sim ()	Não ()
12. Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	Sim ()	Não ()
13. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
14. Você se sente cheio de energia?	Sim ()	Não ()
15. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
TOTAL DAS RESPOSTAS EM NEGRITO		GDS _____

Fonte: YESAVAGE et al., 1983

Classificação de depressão	
Ausência de depressão	() Abaixo de 5
Depressão menor	() Entre 5-10
Depressão maior	() Acima de 10

ANEXO G - AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

	Valores
Peso	
Altura	
IMC	
Circunferência Panturrilha	

22. Mini Avaliação Nutricional versão breve	PONTUAÇÃO
A) Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido à perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição severa da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	
B) Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	
C) Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	
D) Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	
E) Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão grave 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos	
F1) Índice de Massa Corporal (IMC = peso [kg] / estatura [m ²]): 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	
SE O CÁLCULO DO IMC NÃO FOR POSSÍVEL, SUBSTITUIR A QUESTÃO F1 PELA F2. NÃO PREENCHA A QUESTÃO F2 SE A QUESTÃO F1 JÁ TIVER SIDO COMPLETADA.	
F2) Circunferência da Panturrilha (CP) em cm 0 = CP menor que 31 3 = CP maior ou igual a 31	
Pontuação total: _____	

Fonte: Rubenstein, et al, 2001

Classificação avaliação nutricional

Estado nutricional normal	() 12-14 pontos
Risco nutricional	() 8-11 pontos
Desnutrido (a)	() 0-7 pontos