

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

**Camila Soares Dornelas**

**IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE  
IDOSOS RESIDENTES NA REGIÃO METROPOLITANA DO  
RECIFE**

RECIFE

2017

**Camila Soares Dornelas**

**IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE  
IDOSOS RESIDENTES NA REGIÃO METROPOLITANA DO  
RECIFE**

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.

Orientação: Prof. Dr. Rafael da Silveira Moreira

Co-orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Vanessa de Lima Silva

RECIFE

2017

Catálogo na Fonte  
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

D713i Dornelas, Camila Soares.  
Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de idosos residentes na Região Metropolitana do Recife / Camila Soares Dornelas. – 2017.  
58 f.: il.; tab.; gráf.; 30 cm.

Orientador: Rafael da Silveira Moreira.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Recife, 2017.

Inclui referências e apêndices.

1. Idoso. 2. Saúde bucal. 3. Qualidade de vida. I. Moreira, Rafael da Silveira (Orientador). II. Título.

610 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2017-196)

CAMILA SOARES DORNELAS

**IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE  
IDOSOS RESIDENTES NA REGIÃO METROPOLITANA DO  
RECIFE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Aprovada em: 31 / 03/ 2017.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profº. Dr. Rafael da Silveira Moreira (Orientador)  
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

---

Profº. Dr. Maria das Graças Wanderley de Sales Coriolano  
(Examinador Interno) Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

---

Profº. Dr. Sydia Rosana de Araújo Oliveira (Examinador Externo)  
Ageu Magalhães – Fiocruz/PE

## RESUMO

**Introdução:** Os déficits na saúde bucal dos idosos brasileiros podem influenciar negativamente a qualidade de vida comprometendo aspectos físicos e psicológicos. **Objetivos:** Analisar a influência da saúde bucal na performance diária e sua relação com a qualidade de vida de idosos na Região Metropolitana do Recife, mediada por aspectos clínico-epidemiológicos bucais, socioeconômicos, demográficos, de autopercepção e de acesso aos serviços de saúde bucal. **Método:** A amostra foi composta por 780 idosos. A variável dependente foi construída por meio de Análises de Classes Latentes sobre as repostas do instrumento *Oral Impact on Daily Performance* (OIDP) utilizado para coletar o impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida. As variáveis independentes foram distribuídas em 4 blocos (1 - socioeconômico; 2 - serviços de saúde bucal; 3 - autopercepção da saúde bucal e de necessidades de tratamento e; 4 - condições de saúde bucal). A análise de associação foi feita por testes de Qui-Quadrado e as medidas de efeito por modelos hierarquizados de regressão logística simples e múltipla. **Resultados:** Itapissuma apresentou 2,6 vezes mais de chance de impacto da saúde bucal na performance diária quando comparado com Recife e Moreno. Os não-edentulos apresentaram 2,9 vezes mais chance de ter impacto da saúde bucal na sua performance diária. Idas ao dentista com menos de um ano apresentaram chances 2,6 vezes maiores da saúde bucal influenciar na qualidade de vida. **Conclusão:** O impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos idosos pode estar relacionado com o tamanho do município, conhecimento da necessidade de tratamento odontológico e números de dentes. Estes fatores podem estar relacionados a aspectos socioeconômico.

**Palavras-chaves:** Idoso. Saúde bucal. Qualidade de vida

## ABSTRACT

**Introduction:** The periodontal conditions and oral health of Brazilian elderly are precarious and the prevalence of edentulism is high. **Objectives:** To analyze the influence of daily oral health on the performance of its relation with a quality of life in the Metropolitan Region of Recife, mediated by clinical-epidemiological oral, socioeconomic, demographic, self-perception and access to oral health services. **Method:** The sample consisted of 780 elderly people. The dependent variable was constructed through Latent Class analyzes on how responses of the Oral Impact in Daily Performance (OIDP) instrument used to collect the impact of oral health on quality of life. The independent variables were distributed in 4 blocks (1 - socioeconomic, 2 - oral health services, 3 - self - perception of oral health and treatment needs and 4 - oral health conditions). An association analysis with the Chi-Square tests and as measures of effect by hierarchical models of simple and multiple logistic regression. **Outcome:** Itapissuma presented 2,6 more chance of oral health impact in daily performance when compared to Recife and Moreno. Non-edentulous individuals presented a 2,9 times higher chance of having an oral health impact in their daily performance. Implants to the dentist with less than one year presented 2.6 times greater chances of oral health influencing the quality of life. **Conclusion:** The impact of oral health on the quality of life of the elderly may be related to the size of the municipality, knowledge of the need for dental treatment and numbers of teeth. These resources may be related to a socioeconomic.

**Keywords:** Elderly. Oral health. Quality of life

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>1. Lista de Figuras</b>	<b>Página</b>
<b>Figura 1.</b> Número de pessoas com 60 anos ou mais: Mundo, países desenvolvidos e em desenvolvimento, 1950-2050.	<b>12</b>
<b>Figura 2.</b> Projeção etária da população Brasileira no período de 1900 a 2060.	<b>13</b>
<b>Figura 3.</b> Modelo de relações da higiene bucal e doenças crônicas.	<b>16</b>
<b>Figura 4.</b> Região Metropolitana de Recife.	<b>21</b>
<b>Figura 5.</b> Variáveis categóricas binárias indicadoras da escala OIDP que compuseram a variável categórica latente com duas categorias.	<b>27</b>
<b>Figura 6.</b> Modelo teórico hierarquizado de associação entre as variáveis independentes dependentes.	<b>28</b>
<b>2. Lista de Gráficos</b>	
<b>Gráfico 1.</b> Composição amostral. Região Metropolitana do Recife.	<b>29</b>
<b>Gráfico 2.</b> Descrição das respostas positivas para as perguntas do OIDP segundo as Classes Latentes.	<b>31</b>
<b>3. Lista de Tabelas</b>	
<b>Tabela 1.</b> Classes latentes do OIDP.	<b>30</b>
<b>Tabela 2.</b> Impacto da saúde bucal na performance diária segundo as variáveis independentes.	<b>32</b>
<b>Tabela 3.</b> Resultados do modelo de regressão logística simples e múltiplas.	<b>36</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>ACL</b>	<b>Análise de Classes Latentes</b>
<b>AVC</b>	<b>Acidente vascular cerebral</b>
<b>CEO</b>	<b>Centro de Especialidades Odontológicas</b>
<b>CPO-D</b>	<b>Número de dentes cariados, perdidos e obturados</b>
<b>DS</b>	<b>Distrito Sanitário</b>
<b>GOHAI</b>	<b>Geriatric Oral Health Assessment Index</b>
<b>IBGE</b>	<b>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística</b>
<b>IDH</b>	<b>Índice de Desenvolvimento Humano</b>
<b>OHIP</b>	<b>Oral Health Impact Profile</b>
<b>OIDP</b>	<b>Oral Impacto on Daily Performance</b>
<b>PIB</b>	<b>Produto Interno Bruto</b>
<b>RMR</b>	<b>Região Metropolitana do Recife</b>
<b>RPA</b>	<b>Região Político Administrativa</b>
<b>TCLE</b>	<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>
<b>WHOQOL -100</b>	<b>The World Health Organization instrument to evaluate quality of life</b>
<b>WHOQOL -BREF</b>	<b>The World Health Organization instrument to evaluate quality of life abbreviated</b>
<b>WHOQOL -OLD</b>	<b>The World Health Organization instrument to evaluate quality of life old</b>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1</b>	<b>Envelhecimento Populacional.....</b>	<b>11</b>
<b>2.2</b>	<b>Saúde Bucal do idoso no Brasil e no mundo.....</b>	<b>14</b>
<b>2.3</b>	<b>Qualidade de vida e saúde bucal do idoso.....</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>HIPÓTESES.....</b>	<b>19</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
<b>4.1</b>	<b>Objetivo geral.....</b>	<b>19</b>
<b>4.2</b>	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>MÉTODOS.....</b>	<b>20</b>
<b>5.1</b>	<b>Desenho do estudo.....</b>	<b>20</b>
<b>5.2</b>	<b>Local do estudo.....</b>	<b>20</b>
<b>5.3</b>	<b>Período de coleta de dados.....</b>	<b>21</b>
<b>5.4</b>	<b>Amostra.....</b>	<b>22</b>
<b>5.5</b>	<b>População do estudo.....</b>	<b>22</b>
<b>5.6</b>	<b>Critérios de Elegibilidade.....</b>	<b>22</b>
<b>5.6.1</b>	<b>Critérios de Inclusão.....</b>	<b>22</b>
<b>5.6.2</b>	<b>Critérios de Exclusão.....</b>	<b>22</b>
<b>5.7</b>	<b>Variáveis de análise.....</b>	<b>23</b>

5.7.1	Variáveis Dependentes	23
5.7.2	Variáveis Independentes	23
<b>5.8</b>	<b>Procedimentos para coleta de dados.....</b>	<b>23</b>
<b>5.9</b>	<b>Análise dos dados.....</b>	<b>26</b>
<b>6</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>28</b>
<b>7</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>28</b>
<b>8</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>39</b>
<b>9</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>42</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>43</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>53</b>
	<b>Apêndice A- Parecer do comitê de ética</b>	<b>53</b>
	<b>Apêndice B- Ferramentas de coleta de dados.</b>	<b>54</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional em países em desenvolvimento é um fenômeno recente e apresenta um rápido crescimento (UNFPA, HELPAGE INTERNATIONAL, 2012). Em 2060, estima-se que o Brasil apresente 73,5 milhões de pessoas idosas (IBGE, 2015).

Devido às alterações físicas e a prevalência de doenças crônicas degenerativas que acompanham os idosos, cresce o interesse em estudar e desenvolver políticas públicas para melhorar o cuidado com a saúde desta população (HOSSEINPOOR, A. R., BERGEN, N., CHATTERJI, S., 2013; PEREIRA, et al, 2012; CÉSAR, J. A., et al., 2008; SILVA, SAINTRAIN, 2006).

Patologias de diagnóstico frequente nos idosos como as doenças cognitivas, cardiovasculares e infecções respiratórias, podem sofrer influências negativas devido à saúde bucal precária. Essas evidências proporcionam preocupação e debates em toda a equipe multiprofissional em relação a condição de saúde bucal (ILLUZZI, et al., 2014; STEWART, R., et al., 2013).

As condições periodontais e a saúde bucal dos idosos brasileiros são precárias e o número de pessoas acima de 60 anos com pequena porcentagem de dentes ou edêntulas é elevado. Os tratamentos odontológicos para este grupo requerem atenção e cuidados específicos (ILLUZZI, et al., 2014; HAIKAL, D. S. A., et al, 2011; SILVA, A. L., SAINTRAIN. M. V. L., 2006).

PEREA, et al. (2013); BIANCO, et al. (2010) observaram em seus estudos que os déficits na saúde bucal podem influenciar negativamente a qualidade de vida dos idosos e seus impactos tornam-se evidentes quando analisados comprometimentos físicos e psicológicos.

Há evidências de que um maior comprometimento na saúde bucal piora a qualidade de vida do idoso. Esses achados proporcionam maior interesse em estudar a saúde bucal do idoso. EINARSON, S., GERDIN, E. W., HUGOSON, A., 2014).

Questionários específicos para a avaliação da influência da saúde bucal na qualidade de vida de idosos, baseados em sua autopercepção foram desenvolvidos para facilitar e enriquecer os estudos na área. O *Oral Impact on Daily Performance* - OIDP é utilizado em várias partes do mundo. Apresenta fácil aplicabilidade e boa relevância na população idosa. (HEBLING, E., PEREIRA, A. C., 2007).

A relação das condições socioeconômicas e a saúde bucal são abordadas pelo questionário ODP, o qual é de importante aplicabilidade no Brasil mais especificamente na

população do Nordeste, por se tratar de uma população com problemas sociais bem evidentes. O impacto negativo da saúde bucal associado à precária situação econômica nesta região proporciona diminuição da qualidade de vida (VALE, E. B., MENDES, A. C. G., MOREIRA, R. S., 2013; GOMES, A. S.; ABEGG, C., 2007).

Existem poucos estudos na literatura que avaliem as condições da saúde bucal e suas repercussões na autopercepção da qualidade de vida dos idosos residentes no Nordeste e mais especificamente em Pernambuco. Este fator fortalece o interesse nesta temática e proporciona maior respaldo científico na criação de políticas públicas de saúde.

Tendo em vista que há poucos estudos direcionados aos idosos do Nordeste brasileiro com esta temática, o presente estudo tem como objetivo: Analisar a influência da saúde bucal na qualidade de vida de idosos da Região Metropolitana do Recife - RMR, mediada por aspectos socioeconômicos, demográficos, de autopercepção e de acesso aos serviços de saúde bucal. Os dados desta pesquisa podem contribuir para as políticas públicas, para um maior conhecimento e desenvolvimento de soluções preventivas identificando os agentes que influenciam negativamente as condições bucais dos idosos e seu impacto na qualidade de vida.

Neste sentido a pergunta condutora desta pesquisa foi: Qual a influência da saúde bucal na qualidade de vida de idosos da Região Metropolitana do Recife - RMR, mediada por aspectos socioeconômicos, demográficos, de autopercepção e de acesso aos serviços de saúde bucal?

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Envelhecimento Populacional**

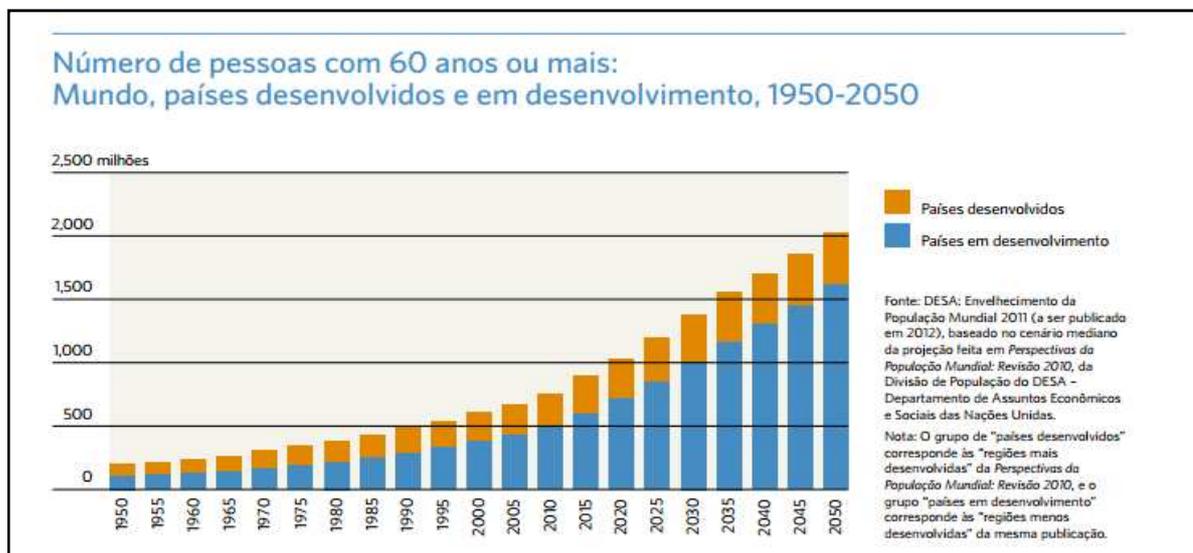
O envelhecimento populacional está ocorrendo cada vez mais rápido em todo mundo e este processo está presente há décadas em países desenvolvidos. Nos países emergentes este fenômeno é recente, apresenta uma dinâmica mais acelerada e devido a este fator estima-se a necessidade de criações de políticas públicas destinadas aos idosos, proporcionando um acompanhamento adequado das mudanças na estrutura populacional (WHO, 2014; BURLÁ et al., 2013; A HOSSEINPOOR et al, 2013; VERAS, 2009).

Determinados fatores podem ter influenciado diretamente o crescimento progressivo da população idosa em todo mundo, tais como o avanço dos tratamentos de saúde, o aumento da expectativa de vida e a diminuição da taxa de fecundidade, que podem ser os principais

eventos relacionados ao fenômeno do envelhecimento. (WHO, 2015; KALACHE, 2008; UNITED NATIONS, 2006).

Em todo o mundo, o número de idosos com 60 anos ou mais passou de 688 milhões de pessoas, em 2006, para uma estimativa de dois bilhões em 2050 (Figura 1). Projeções mais atuais do envelhecimento populacional foram feitas e demonstraram que em 2015, o número de idosos com mais de 60 anos corresponde a 901 milhões de pessoas o que corresponde a 12% de toda população global. Uma projeção da população idosa para 2100 é de que esse número atingirá 3,2 bilhões de idosos (UNITED NATIONS, 2006, 2015; WHO, 2015).

**Figura 1.** Número de pessoas com 60 anos ou mais: Mundo, países desenvolvidos e em desenvolvimento, 1950-2050.



**Fonte:** UNITED NATIONS, 2015; WHO, 2015; UNFPA, 2012

Esses dados são de grande relevância, pois observa-se que a cada estudo demográfico o envelhecimento encontra-se mais presente e crescente em todo o mundo. Apenas em algumas regiões do continente Africano que o processo de envelhecimento é mais lento em relação ao encontrado nos outros territórios mundiais (UNFPA, 2012; UNITED NATIONS, 2015; WHO, 2015).

Nas últimas décadas, mas especificamente a partir da segunda metade do século XX, o Brasil vem passando por uma reestruturação demográfica, apresentando um crescimento rápido e progressivo de sua população idosa. Este fator pode estar relacionado com a diminuição na taxa de fecundidade e a diminuição da mortalidade infantil. (MYRRHA, 2014; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2012; SIMOES, 2011; IBGE, 2010).

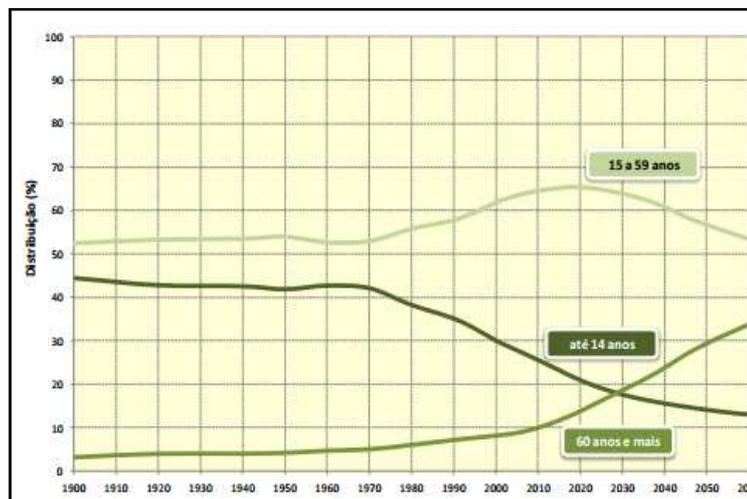
Em 2010, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE registrou 19,6 milhões de idosos em percentuais de 10% da população brasileira e estima-se que em 2060 o número de idosos no Brasil representará um quantitativo de 73,5 milhões de pessoas, consistindo em 33,7% da população (IBGE, 2015; CARNEIRO, 2013).

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, em 2013, a proporção de idosos teve um aumento considerando todas as regiões do território nacional, observando o valor mais expressivo na região Sul, a qual apresenta 14,5% de idosos em relação à população total e o Norte apresentou 8,8%, o menor percentual (IBGE, 2014; CARNEIRO, 2013).

Pode-se observar na Figura 2 a ilustração da projeção etária do Brasil no período de 1900 a 2060. Os dados apresentados mostram que ao longo dos anos a população idosa foi crescendo em relação aos outros dois grupos etários referidos. Esta projeção até 2060 evidencia que a população de 0 a 14 anos e a de 15 a 59 anos terá uma queda no número populacional, e apenas os idosos, população com mais de 60 anos, continuará a aumentar seu contingente populacional.

Em virtude do aumento do quantitativo de idosos no Brasil, a procura por serviços de saúde será cada vez mais necessária e, associado a estes fatores, há o aumento dos gastos públicos com a saúde e a projeção populacional ativa diminuirá. Para conseguir manter o crescimento econômico, o país tem grandes desafios financeiros e sociais pela frente, procurando construir políticas públicas que garantam os direitos e uma boa assistência à população de idosos (CARNEIRO, 2013; BERENSTEIN; WAJNMAN, 2008).

**Figura 2.** Projeção etária da população Brasileira no período de 1900 a 2060.



Fonte: CADERNO DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 2014. APUD IBGE 2007.

Há evidências na literatura que os gastos com a saúde podem ser aumentados não apenas pelo envelhecimento, mas também pelo modelo de saúde adotada por cada país. Pois, o tratamento curativista apresenta altos custos e ainda é muito presente. É evidente a necessidade de investir na implementação da Saúde Preventiva, modelo pouco aderido e que trás benefícios a curto e longo prazo (OMS, 2015; VERAS, 2012, VERA, 2009; BERENSTEIN, 2008).

Com efeito, o processo de senescência proporciona alterações físicas, fisiológicas, psicológicas e morfológicas, no entanto essas modificações não são incapacitantes sendo associadas ao processo normal do envelhecimento, considerando bem sucedido. Mas as modificações que o envelhecimento apresenta podem ser fatores de risco para o surgimento de doenças crônico degenerativas as quais podem diminuir a funcionalidade, a independência, a autonomia e qualidade de vida do idoso (UNFPA e HELPAGE INTERNATIONAL, 2012; VERAS,2012; VERAS,2009; MORAES, 2008).

## **2.2 Saúde Bucal do idoso no Brasil**

No contexto mundial não há uma homogeneidade nas condições da saúde bucal dos idosos, apesar de em geral os idosos em todo mundo apresentarem altos índices de edentulismo e doenças periodontais, fatores que podem estar relacionados com a deficiência de educação preventiva de saúde, falta de acesso aos serviços e a situação econômica encontrada em cada região (SAINTRAIN, 2014, THOMSON, 2014; PETERSEN,2010).

Em países mais desenvolvidos, encontram-se melhores políticas de saúde pública voltadas aos cuidados odontológicos. Estas condições não são evidenciadas em países em desenvolvimento que ainda apresentam poucos investimentos e interesse nos cuidados da saúde bucal dos idosos e da população em geral. Devido ao precário investimento nesse setor, o acesso aos serviços torna-se difícil e com baixa infraestrutura (SAINTRAIN, 2014; THOMSON 2014; PETERSEN, 2010).

Poucos estudos epidemiológicos foram realizados antes da década de 1980. No Brasil, os primeiros dados sobre a condição da saúde bucal foram publicados em 1986 por meio do primeiro inquérito nacional, em que apenas 16 capitais do país foram avaliadas. Entretanto, a pesquisa não contemplou idosos com mais de 60 anos. Em 1996 esses dados foram atualizações e apenas em escolares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; RONCALLI, 2012; BIANCO, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Em 2003 houve um grande crescimento na pesquisa, passando a fazer parte do levantamento 250 municípios, e foi realizada a primeira edição do SB-Brasil. Esse trabalho auxiliou a vigilância em saúde, na medida em que proporcionou embasamento científico para as políticas nacionais de saúde bucal e permitiu o acompanhamento de riscos e dos fatores que determinam o surgimento de doenças bucais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; PERES, 2013; RONCALLI, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O último SB-Brasil foi realizado em 2010 e apresentou uma metodologia mais completa. Seus dados proporcionaram comparações dos fatores epidemiológicos fundamentais para a análise da dinâmica dos comprometimentos e da saúde bucal no Brasil mediante confrontação de resultados apontados em anos anteriores. No comparativo dos dados de perda dentária de idosos no SB-Brasil de 2003 e o de 2010 foi verificado que, mesmo com a melhora da assistência de saúde, os idosos mantiveram a proporção de perda dentária, indicando que fatores socioeconômicos e demográficos podem influenciar nas condições da saúde bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; PERES, 2013; RONCALLI, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Quando se realiza a análise do número de dentes cariados, perdidos e obturados - CPO-D dos idosos brasileiros ao longo dos anos apresentados pelo SB-BRASIL 2010 observam-se uma condição de perda dentária alta, tanto nos levantamentos atuais como nos realizados em anos anteriores, e quando realiza a comparação do índice CPO-D por faixas etárias percebe-se que os idosos têm um pior índice. Outro dado importante do levantamento epidemiológico é que o índice CPO-D, nas regiões Norte e Sudeste apresentou os piores índices em comparação a todas as regiões do Brasil, e o Nordeste apresenta índice de restaurações/obturações dentárias menor, o que pode está relacionado com o menor acesso ao serviços de saúde bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Por muitas décadas a saúde bucal no Brasil foi precária, apresentando princípios assistencialistas, mutiladores e com altos índices de extração dentária. Em decorrência dessa atuação, a população não tinha uma assistência adequada. Associado a esses fatores, as Políticas Públicas destinadas à regulamentação dos serviços odontológicos e de assistência a população eram deficitárias. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

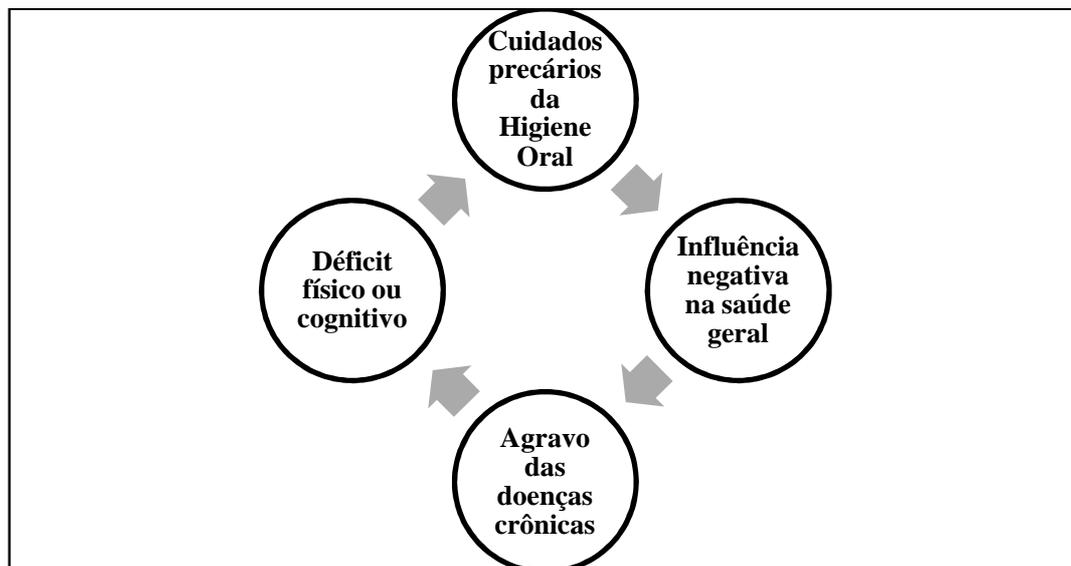
Os brasileiros não tinham consciência da importância dos cuidados da saúde bucal e rotineiramente só procuravam os serviços especializados quando apresentavam problemas devido às doenças periodontais em estágio avançado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2006).

Para melhorar a assistência de saúde bucal da população brasileira, em 2003, foi criada a Política Nacional de Saúde Bucal definida como BRASIL SORRIDENTE. Esta política apresenta como principais objetivos: Garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros. Entretanto os idosos da atualidade herdaram os efeitos da assistência deficitária de saúde bucal anteriores ao Brasil Sorridente. Embora eles possam ser contemplados com a reabilitação bucal por meio das próteses dentárias que a política atual oferece os mesmos não foram beneficiados pelas ações de prevenção e promoção de saúde bucal empregadas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Adicionalmente, o surgimento de doenças crônicas degenerativas, provavelmente associadas ao envelhecimento, tem influência negativa na saúde bucal dos idosos. Essas doenças sistêmicas podem proporcionar limitações físicas, cognitivas e conseqüentemente uma maior dependência o que dificulta a procura por serviços odontológicos, interferindo no bem estar e nos cuidados adequados da higiene oral (MONTROYA, 2015; HUANG, 2013; GRIFFIN, 2012; UNFPA e HELPAGE INTERNATIONAL, 2012; VERAS, 2009; ROSA, 2008).

É importante ressaltar que a precariedade em relação aos cuidados com a saúde bucal interfere diretamente sobre as doenças crônicas, agravando as suas repercussões sistêmicas. Estudos evidenciam que o adequado cuidado da higiene bucal dos idosos pode prevenir o surgimento de infecções miocárdicas, pneumonia e acidente vascular cerebral – AVC (HUANG, 2013; GRIFFIN, 2012; OLIVEIRA, 2010; PACE, 2010).

**Figura 3.** Modelo de relações da higiene bucal e doenças crônicas.



Fonte: Elaborado pela autora.

Além dos fatores biológicos, outros elementos podem interferir na saúde bucal do idoso, dentre eles as condições educacionais, socioeconômicas e demográficas. É evidenciado na literatura que as pessoas com nível de escolaridade menor não tem consciência da atuação do serviço de saúde como assistência preventiva e os hábitos de higiene bucal são relegados. Também é constatado que quanto menor o poder aquisitivo mais difícil é o acesso ao serviço de saúde bucal, tornando-se uma assistência predominantemente elitista. Em relação ao aspecto demográfico verifica-se que nas regiões mais desenvolvidas, a população tem maior facilidade ao acesso de serviço odontológico (FERREIRA, 2013; PERES, 2013; VALE, 2013; ANTUNES, 2010; MARTINS, 2008).

### **2.3 Qualidade de vida e saúde bucal do idoso**

A Organização Mundial de Saúde – OMS define que qualidade de vida é a autopercepção do indivíduo em sua posição na vida seja em contexto cultural ou de valores que remetem os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Representa um conceito amplo que pode ser afetado pela saúde física, estado psicológico, capacidade de independência, relações sociais, crenças e características do meio ambiente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

Pode-se observar na literatura que não há um consenso em relação a definição da qualidade de vida e muitos estudos tem formas de conceituar a qualidade de vida diferente do que a OMS prediz. Podendo ter uma abordagem mais geral e uma específica da saúde (BARCACCIA, 2013; CAMPOS, 2008; PEREIRA, 2006).

Os estudos levam em consideração os aspectos físicos, sociais e psicológicos observando a satisfação com as relações pessoais, percepção de bem-estar, possibilidade de realizar atividades de lazer e manter uma condição econômica favorável. (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007; THE WHOQOL GROUP, 1995).

Nos estudos da temática do envelhecimento populacional há evidências de que os idosos estão cada vez mais conscientes da necessidade de mudar e melhorar hábitos de vida para envelhecer com saúde e qualidade. É importante evidenciar modificações nos cuidados de idosos com déficits cognitivos, físicos e limitações da autonomia e independência, pois eles são facilmente esquecidos e seu cuidado não passa de retardo da morte, não apresentando nenhum cuidado que proporcione dignidade, bem estar e qualidade aos dias que se precedem (HAIKAL, 2011).

Janini (2015) propõe que a educação em saúde associada com seu acesso adequado favorece a qualidade de vida dos idosos. A Política Nacional de Promoção a Saúde fortalece estes princípios e tem como objetivos para a promoção da qualidade de vida a redução da vulnerabilidade e riscos à saúde e o modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

De acordo com Joia (2007) a independência e as condições de saúde foram os principais fatores de promoção do bem estar dos idosos. Com o aumento do envelhecimento populacional verificou-se a necessidade de conhecer melhor os fatores que podem influenciar positivamente ou negativamente na qualidade de vida dos idosos.

Tanto fatores associados a saúde geral tem influencia na qualidade de vida como a saúde bucal especificamente pode proporcionar modificações no bem estar do idosos. Nos estudos de Perea et al (2013) e Bianco et al (2010) foi observado que os déficits na saúde bucal podem influenciar negativamente a qualidade de vida dos idosos e seus impactos tornam-se evidentes quando analisados comprometimentos físicos e psicológicos.

Há evidências de que a maior quantidade de comprometimento na saúde bucal piora a qualidade de vida do idoso. Esses achados proporcionam maior interesse em estudar tal relação (EINARSON, S., GERDIN, E. W., HUGOSON, A., 2014).

Verificando a necessidade da análise da qualidade de vida da população, foram desenvolvidos, por vários autores, questionários de avaliação da qualidade de vida, alguns de avaliação geral, outros específicos para pessoa idosa e também são encontradas ferramentas de avaliação da qualidade de vida específicas da saúde bucal. A OMS desenvolveu um grupo específico de estudos sobre a qualidade de vida e, percebendo a necessidade da criação de protocolos objetivos que auxiliassem os pesquisadores na avaliação da qualidade de vida, foi desenvolvido o WHOQOL-100, em seguida a sua versão abreviada foi disponibilizada, conhecida como WHOQOL-bref (FLECK, 2000; KLUTHCOVSKY, 2009). Com a necessidade de avaliar a qualidade de vida dos idosos foi criado o WHOQOL-OLD, pois os idosos apresentam características específicas que devem ser consideradas (FLECK, 2006; POWER et al, 2005).

No que se refere aos tipos de ferramentas utilizadas na avaliação da qualidade de vida específica da saúde bucal, foi observado que os questionários *Oral Health Impact Profile – OHIP* e *Oral Impacton Daily Performance - OIDP* foram os mais utilizados. No estudo de Rodakowska et al (2014) foi realizada a correlação do OHIP-14 com o *Geriatric Oral Health*

*Assessment Index* – GOHAI e eles observaram que essas duas ferramentas de avaliação são importantes para a análise dos problemas de saúde bucal.

A precária condição de saúde bucal apresenta uma relação direta com a qualidade de vida em pessoas idosas. Existem diversos fatores que podem intervir na saúde bucal, tanto aspectos biológicos como socioeconômicos, e essas variáveis influenciam diretamente e indiretamente a qualidade de vida dos idosos (HAIKAL, 2011; SILVA, 2010).

Utilizamos o questionário de avaliação OIDP, adaptado pelo SB-Brasil 2010, pois consideramos que o mesmo engloba as condições bucais associadas com a qualidade de vida, objetivos propostos no atual trabalho, e que foi utilizado na pesquisa maior que abriga esse estudo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Como os idosos do Nordeste Brasileiro apresentam condições precárias de saúde bucal e de aspectos socioeconômicos, há uma necessidade de pesquisar quais fatores sociais têm associação com as condições clínicas dos idosos e sua qualidade de vida.

### **3. HIPÓTESE**

A baixa condição de saúde bucal associada a precárias condições sociodemográficas e econômicas do idoso apresentam repercussões na sua qualidade de vida autopercebida.

### **4. OBJETIVOS**

#### **4.1 Objetivo Geral:**

Analisar a influência da saúde bucal na qualidade de vida de idosos na Região Metropolitana do Recife, mediada por aspectos clínico-epidemiológicos bucais, socioeconômicos, demográficos, de autopercepção e de uso dos serviços de saúde bucal.

#### **4.2 Objetivos Específicos:**

- Descrever o perfil socioeconômico, demográfico, de autopercepção e de acesso aos serviços de saúde bucal da Região Metropolitana do Recife;
- Avaliar os problemas de saúde bucal, através do índice de performance diária;
- Identificar a associação existente entre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida e o perfil clínico de saúde bucal, socioeconômico, demográfico, de autopercepção e de acesso aos serviços de saúde bucal.

## 5. MÉTODOS

### 5.1 Desenho do Estudo

Estudo de corte transversal de caráter analítico, financiado pelo CNPQ (processo nº 472425/2011-0e nº 407781/2012-9).

### 5.2 Local do Estudo

A escolha do local do estudo foi realizada a partir da necessidade de conhecer os municípios da Região Metropolitana de Recife – RMR, como critério de elegibilidade foi realizado um estrato populacional de acordo com quantitativo populacional de três municípios que correspondia a: <30.000 habitantes (pequeno porte), entre 30.000 e 100.000 habitantes (médio porte) e >100.000 habitantes (grande porte) (IBGE, 2016).

De acordo com a estratificação populacional os municípios que compõem a RMR, que fizeram parte do projeto foram: Itapissuma (município de pequeno porte), Moreno (município de médio porte), os quais foram selecionados através de um sorteio de acordo com seu porte populacional e Recife (grande porte) que é a capital do estado de Pernambuco (Figura 4).

A Região Metropolitana do Recife – RMR localiza-se na faixa litorânea de Pernambuco e tem um quantitativo populacional acima de três milhões de habitantes. Corresponde a aproximadamente 3% do território pernambucano, corresponde a 42% da população e mais da metade do PIB estadual, é uma região que apresenta maior expectativa de crescimento e apresenta melhores condições socioeconômicas e o município de Recife é a capital do estado de Pernambuco e se caracteriza pelo distrito sede (BITOUN et al., 2012).

A RMR é formada por mais 11 municípios: Abreu e Lima, Araçoiaba, Camaragibe, Cabo de Santo Agostinho, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Ipojuca, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista e São Lourenço da Mata. Está região concentra 42% da população em 2,81% do território estadual, apresenta o índice de desenvolvimento humano – IDH maior que a média encontrada no estado de Pernambuco e é a região que apresenta o maior Produto Interno Bruto - PIB do estado, aproximadamente 65,1% (RAMALHO et al., 2016; BITOUN et al, 2012; IBGE, 2010).

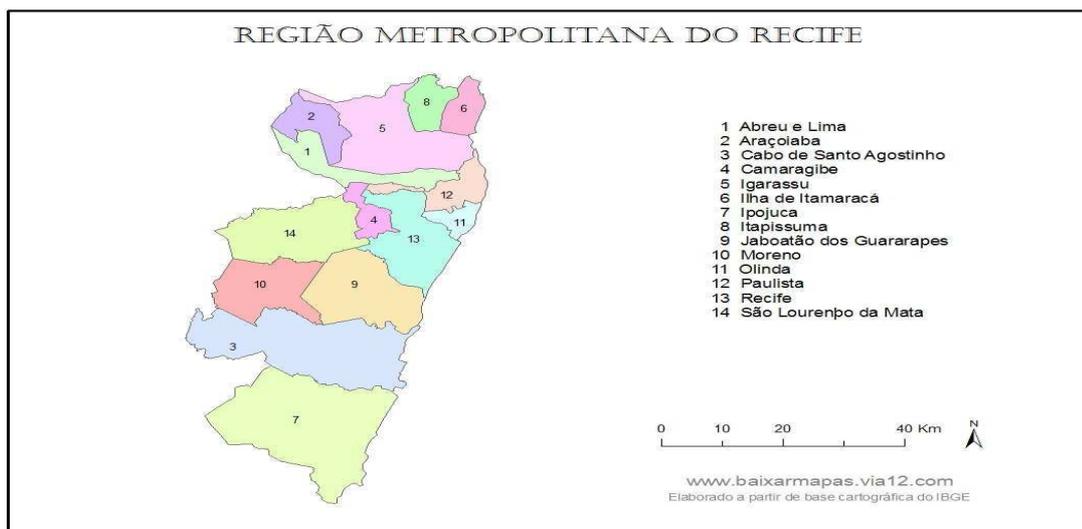
Recife localiza-se no litoral nordestino, está a 800 km de distância das outras duas metrópoles regionais do Nordeste, Salvador e Fortaleza. Apresenta 94 bairros, que estão subdivididos em 6 Regiões Político-Administrativas - RPA. Em relação ao setor da Saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário - DS: DS I (centro: 11 bairros); DS II (norte:

18 bairros); DS III (noroeste: 29 bairros); DS IV (oeste: 12 bairros); DS V (sudeste: 16 bairros); DS VI (sul: 8 bairros). A projeção populacional feita pelo IBGE em 2010 foi de 1.472.202 habitantes para o ano referido (RECIFE, 2011).

A cidade de Moreno localiza-se na mesorregião Metropolitana e na microrregião de Recife no estado de Pernambuco, faz divisa com São Lourenço da Mata, Cabo de Santo Agostinho, Jaboatão dos Guararapes e Vitória de Santo Antão. De acordo com o censo 2010 do IBGE, a população residente é de 56.696 habitantes (IBGE, 2010).

Itapissuma está localizado na mesorregião Metropolitana e na Microrregião Itamaracá do Estado de Pernambuco, limitando-se a norte com Goiana, a sul com Igarassu, a leste com Itamaracá, e a oeste com Igarassu. Está distante a 40,5 km da capital Recife. A projeção populacional feita pelo IBGE foi de 23.769 habitantes para o ano de 2010 (IBGE, 2010).

**Figura 4.** Região Metropolitana de Recife.



**Fonte:** IBGE, Arranjos populacionais e concentrações urbanas no Brasil, 2016;  
Censo Demográfico, 2010, Mapas Geográficos, 2016.

### 5.3 Período de coleta de dados

A coleta de dados teve início em Outubro de 2013 e finalizou-se em Outubro de 2014. Desta forma será um estudo baseado em dados secundários, cujo estudo principal foi coordenado pelo orientador deste projeto de pesquisa do Programa de Mestrado em Gerontologia, Dr. Rafael da Silveira Moreira.

## **5.4 Amostra**

A seleção dos indivíduos foi realizada por uma amostra aleatória sistemática por conglomerados, através de sorteio de setores censitários e a visita de 1/3 dos domicílios (unidade amostral) de cada setor sorteado para alcançar o tamanho da amostra desejada.

A amostra foi composta por idosos com mais de 65 anos de ambos os sexos. Para o cálculo amostral considerou-se uma prevalência de 59% de necessidade autorreferida de tratamento odontológico (segundo dados do SB-Brasil 2010). Um erro de 10%, um efeito de desenho de 1,5 com um intervalo de confiança de 95%, totalizando 140 idosos em cada município.

Foi considerada a proporção média de moradores por domicílio segundo dados do Censo do IBGE de 2010 e sorteados a quantidade de setores necessários em cada município, respeitando-se o efeito de desenho, para se alcançar a amostra.

## **5.5 População de Estudo**

Participaram da pesquisa idosos com mais de 65 anos residentes na Região Metropolitana do Recife, nos três municípios, Moreno, Itapissuma e Recife, que expressaram a intenção de colaborar como estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

## **5.6 Critérios de Elegibilidade**

### 5.6.1 Critérios de inclusão:

- a)** Indivíduos que residiam nos municípios de Moreno, Itapissuma ou Recife.
- b)** Indivíduos com idades pertencentes aos grupos etários: 65 a 74 anos.
- c)** Indivíduos que aceitaram participar da pesquisa, mediante assinatura do TCLE, permitindo a sua participação na pesquisa.

### 5.6.2 Critérios de exclusão:

- a)** Foi considerado como critério de exclusão os indivíduos portadores de patologias que comprometiam o entendimento ou a fala.

## 5.7 Variáveis de Análise

### 5.7.1 Variável Dependente:

- a) Nove perguntas sobre problemas que podem ter sido causados pela saúde bucal, componentes do *Oral Impact on Daily Performance (OIDP)*. Essas nove questões foram reduzidas a uma única variável por meio da análise de classes latentes, que será abordada adiante.

### 5.7.2 Variáveis Independentes:

- a) Perfil socioeconômico e Demográfico: Idade, cor, renda, município, escolaridade, pessoas por cômodo, número de bens e sexo.
- b) Autopercepção: Satisfação, dor, necessidade tratamento dentaria, necessidade de tratamento periodontal (tratamento para gengiva, mau hálito e dentes moles).
- c) Acesso: Tempo, local, motivo, avaliação.
- d) Condições Clínica Odontológica: CPOD, edentulismo, uso de próteses e necessidade de prótese.

## 5.8 Procedimentos para Coleta de Dados

O estudo foi realizado a partir de dados secundários do projeto: A validade da necessidade autorreferida de tratamento odontológico em adolescentes, adultos e idosos da Região Metropolitana de Recife- PE.

A coleta de dados foi realizada por 12 equipes, dentre os membros que fazem parte da equipe do projeto, cada equipe possuía um cirurgião-dentista (examinador) e um anotador. Os locais e a organização das áreas de exame foram definidos de acordo com a disponibilidade local e os dados foram coletados nos períodos matutinos e vespertinos. Houve também um supervisor de campo. As informações foram coletadas nas residências dos indivíduos sorteados.

Os métodos utilizados para a coleta de dados foi o exame clínico-epidemiológico dos indivíduos nas faixas etárias indicadas para este estudo e a aplicação de um questionário. Os instrumentos empregados foram: ficha de exame para o registro das várias condições dento - bucais e um formulário de entrevista que permitiu a obtenção das informações sobre as demais variáveis de caracterização demográfica, socioeconômica, de acesso aos serviços de saúde bucal e de autopercepção em saúde bucal. Esses dois instrumentos compuseram o formulário de coleta de dados (Apêndice B). Um manual de instruções foi elaborado para o treinamento dos profissionais na aplicação dos instrumentos e para consulta durante o desenvolvimento do trabalho de campo.

A calibração das equipes de examinadores/anotadores foi feita de acordo com as mais recentes instruções da OMS (1997) e do Ministério da Saúde (2010). A técnica de calibração interexaminadores adotada foi a do consenso e refere-se à discussão exaustiva dos critérios de exame em que as discordâncias são discutidas pelo conjunto dos examinadores, objetivando estabelecer o consenso do grupo sobre o senso individual de cada examinador (BRASIL, 2010).

Todo o processo de calibração abrangeu, em cada município, 18 horas divididas em quatro etapas: teórica (4hs), prática (8hs), calibração propriamente dita (4hs), discussão dos resultados e ajuste final (2 horas). Durante a coleta dos dados foram realizados exames em duplicata, isto é, foram realizados reexames em torno de 5% da amostra para avaliar a manutenção da uniformização dos critérios pelos examinadores.

A cada 20 exames foi repetido o exame do primeiro indivíduo da série de 20, e assim por diante, até finalizar a amostra, sendo a identificação do examinado realizada pelo anotador (BRASIL, 2010). Foram calculados o percentual de concordância e o coeficiente Kappa intra e inter-examinador e da estimativa intervalar com 95% de confiança para a referida medida (COHEN, 1960).

De acordo com os objetivos propostos para o presente estudo foram selecionadas as seguintes variáveis:

Caracterização do perfil sociodemográfico e econômico:

Para a caracterização do perfil demográfico foram coletadas as variáveis: sexo, idade, grupo étnico (cor da pele autorreferida). O perfil socioeconômico foi composto pelas variáveis: renda pessoal e familiar, escolaridade em anos de estudo, tipo de moradia, número

de pessoas na unidade familiar, número de pessoas por cômodos no domicílio, localização geográfica e posse de automóvel.

#### Caracterização do acesso aos serviços de atenção à saúde bucal

As variáveis utilizadas para a caracterização deste acesso foram: ida ao dentista alguma vez na vida, tempo da última consulta, local da última consulta, motivo da última consulta, avaliação do atendimento e se recebeu informações sobre como evitar problemas bucais.

#### Indicadores clínicos de saúde bucal

Cárie e Necessidade de Tratamento, edentulismo e uso e necessidade de prótese.

A inclusão do uso e das necessidades de prótese na população, nesta pesquisa, atende a três indicações: seguem a orientação da OMS para levantamentos epidemiológicos, permite a comparação histórica e atende às necessidades de planejamento específicas desta área, particularmente quando se considera um dos eixos da Política Nacional de Saúde Bucal, relativo à atenção secundária por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Na prática, a avaliação do uso e necessidade de prótese ajuda a entender o agravo “edentulismo”, servindo, ao mesmo tempo, para estimar a gravidade do problema pela análise conjunta dos dados de uso e necessidade e para subsidiar ações de planejamento a partir da análise das necessidades.

#### Autopercepção: necessidade autorreferida de tratamento odontológico

Para a identificação da necessidade autorreferida de tratamento odontológico. Foram feitas perguntas referente a cada tipo de necessidade. Todas as perguntas tiveram como respostas possíveis apenas Sim (1) ou Não (0), exceto a última pergunta sobre a complexidade do tratamento periodontal que teve como possibilidades Fácil/Simples (1) ou Difícil/Complexo (0).

#### Caracterização dos impactos da saúde bucal sobre a qualidade de vida dos idosos (OIDP)

Os impactos foram medidos por meio de nove perguntas sobre problemas que podem ter sido causados pela saúde bucal, componentes do índice OIDP. São elas: 1) dificuldade

para comer; 2) incômodo ao escovar os dentes; 3) ficar irritado por causa dos dentes; 4) deixar de se divertir por causa dos dentes; 5) deixar de praticar esportes; 6) dificuldades na fala; 7) vergonha de sorrir; 8) dificuldades no trabalho; 9) dificuldade para dormir por causa da saúde bucal.

## 5.9 Análise Dos Dados

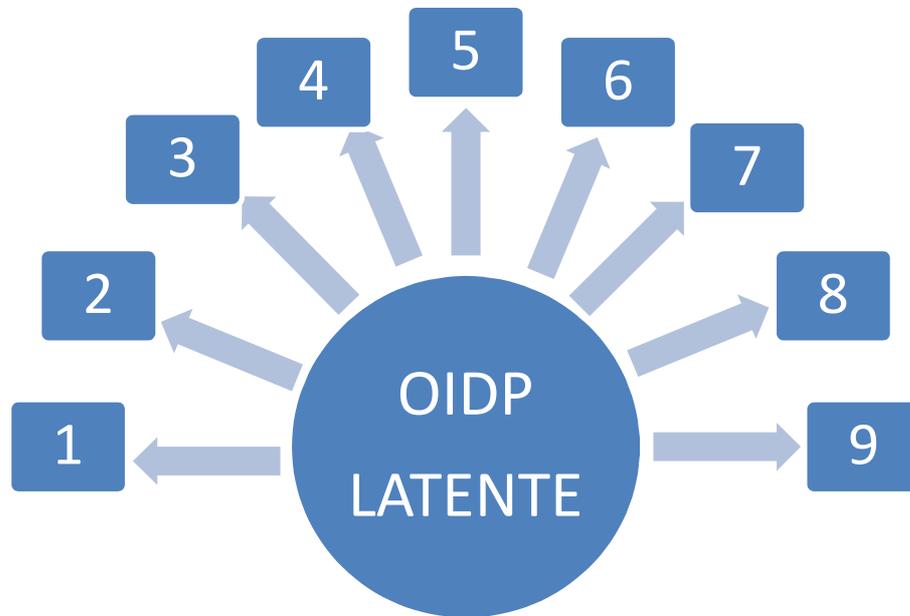
A variável dependente foi escolhida para uma aproximação da caracterização do impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos participantes. Utilizou-se uma adaptação do instrumento OIDP baseado no SB BRASIL 2010 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Embora a tradução literal do instrumento seja “impacto oral sobre a performance diária”, consideraremos esta “performance diária” como uma dimensão *proxy* da qualidade de vida. O instrumento é composto por nove perguntas (afirmativas ou negativas), em que o resultado é a soma de respostas: 0 – quando a resposta negativa e 1 – quando a resposta for positiva.

Todavia, considerando:

- a) a limitação que pontos de corte impõem sobre a análise e a impossibilidade de se garantir que pessoas com a mesma pontuação teriam respondido as mesmas perguntas de forma semelhante entre as mesmas;
- b) a complexidade do objeto (impacto bucal sobre a qualidade de vida) e a dificuldade de se medir e de se observar diretamente o mesmo;
- c) as nove perguntas do instrumento tratam-se de estratégias de se medir indiretamente algo difícil de ser apreendido em uma única medida direta;

Então optou-se pela realização de Análise de Classes Latentes (ACL), sendo o “impacto bucal na qualidade de vida” este fenômeno latente, não observado diretamente, mas indiretamente mensurado pelas nove perguntas/respostas observadas da escala utilizada. Análise de Classes Latentes é um método estatístico que identifica distintos grupos (classes latentes) baseado nos padrões de respostas observadas em variáveis categóricas. Esse método investiga se a relação da covariância entre um grupo de variáveis observáveis é explicada por outra variável latente (classe) (COLLINS, L. M.; LANZA, S. T., 2010).

**Figura 5.** Variáveis categóricas binárias indicadoras da escala OIDP que compuseram a variável categórica latente com duas categorias.

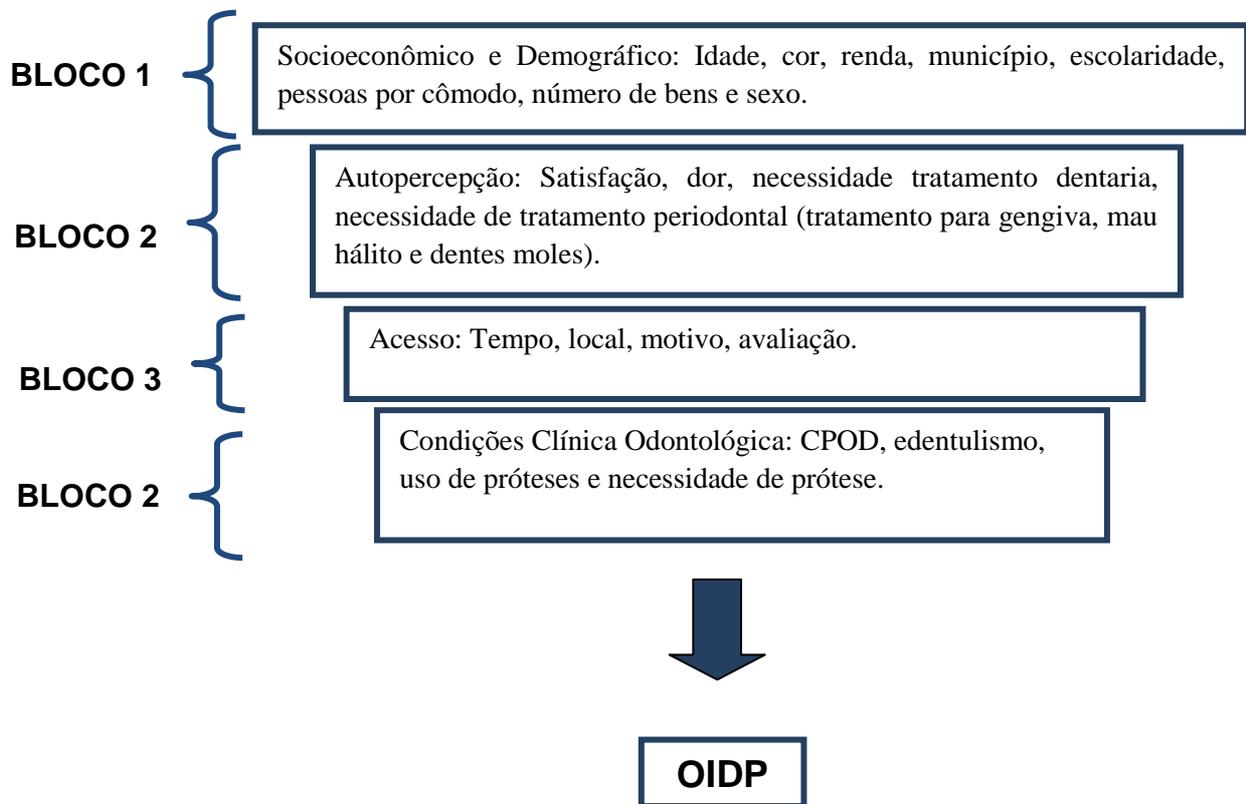


**Fonte:** Elaborado pela autora.

As demais variáveis referentes aos perfis clínicos de saúde bucal, socioeconômico, demográfico, acesso aos serviços de saúde bucal e necessidades autorreferidas de tratamento odontológico foram consideradas variáveis independentes e estão referenciadas na figura 6.

Foram utilizados testes de qui-quadrado e modelos hierarquizados de regressão logística simples e múltiplos no sentido de estimar, respectivamente, a associação e o efeito (*Odds-Ratio*) das variáveis independentes sobre a variável dependente latente (OIDP). O nível de significância adotado será de 5%. Os dados foram tabulados por meio do pacote estatístico SPSS versão 20.0.

**Figura 6.** Modelo teórico hierarquizado de associação entre as variáveis independentes dependentes. Região Metropolitana do Recife.



Fonte: Elaborado pela autora.

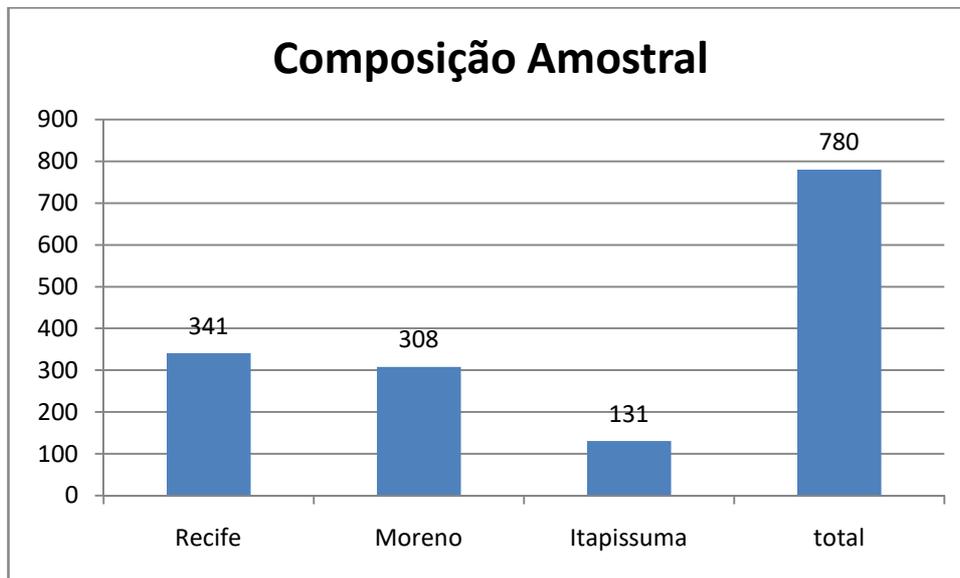
## 6. ASPECTOS ÉTICOS

A dissertação foi realizada a partir do banco de dados da pesquisa intitulada: “A validade de necessidade autorreferida de tratamento odontológico em adolescentes, adultos e idosos da Região Metropolitana de Recife- PE”. A referida pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição Executora (CEP-CPqAM/Fiocruz). Processo n. 11/12, CAEE: 03673012.3.0000.5190.

## 7. RESULTADOS

A amostra foi composta por 780 idosos residentes em três municípios da Região Metropolitana do Recife, Itapissuma considerada um município de pequeno porte, Moreno município de médio porte e Recife município de grande porte (Gráfico 1).

**Gráfico 1.** Composição amostral. Região Metropolitana do Recife.



Foi realizada a divisão dos grupos estatístico que identifica distintos grupos (classes latentes) baseado nos padrões de respostas observadas em variáveis categóricas definidos. Pode-se observar que necessitaria de dois grupos (Impacto e sem impacto) para a análise dos dados em relação a classe latente que é a variável dependente. Os perfis dos indivíduos de cada classe foram definidos como: Perfil do grupo 1 - A saúde bucal interfere na maioria das atividades diárias e perfil do grupo 2- A saúde bucal não interfere nas atividades diárias. De acordo com a Tabela 1 identifica-se a porcentagem de respostas positiva e negativa em cada grupo.

**Tabela 1.** Classes latentes do OIDP.

OIDP (Adaptado)	CLASSES LATENTES	
	1 (%) (Impacto)	2 (%) (Sem impacto)
<b>Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes?</b>		
NÃO	30,0	89,5
SIM	70,0	10,5
<b>Os seus dentes o incomodaram ao escovar?</b>		
NÃO	53,8	97,4
SIM	46,2	2,6
<b>Os seus dentes o deixaram nervoso (a) ou irritado(a)?</b>		
NÃO	57,8	96,8
SIM	42,2	3,2
<b>Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes?</b>		
NÃO	81,8	99,8
SIM	18,2	0,2
<b>Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes?</b>		
NÃO	94,5	100,0
SIM	5,5	0,0
<b>Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes?</b>		
NÃO	55,8	98,9
SIM	44,2	1,1
<b>Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar?</b>		
NÃO	46,9	91,9
SIM	53,1	8,1
<b>Os seus dentes atrapalharam para estudar/ trabalhar/ ou fazer tarefas de escola / trabalho?</b>		
NÃO	84,6	100,0
SIM	15,4	0,0
<b>Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes?</b>		
NÃO	61,00	96,8
SIM	39,0	3,2

Dados expressos em percentagem (%) de resposta em cada grupo latente.

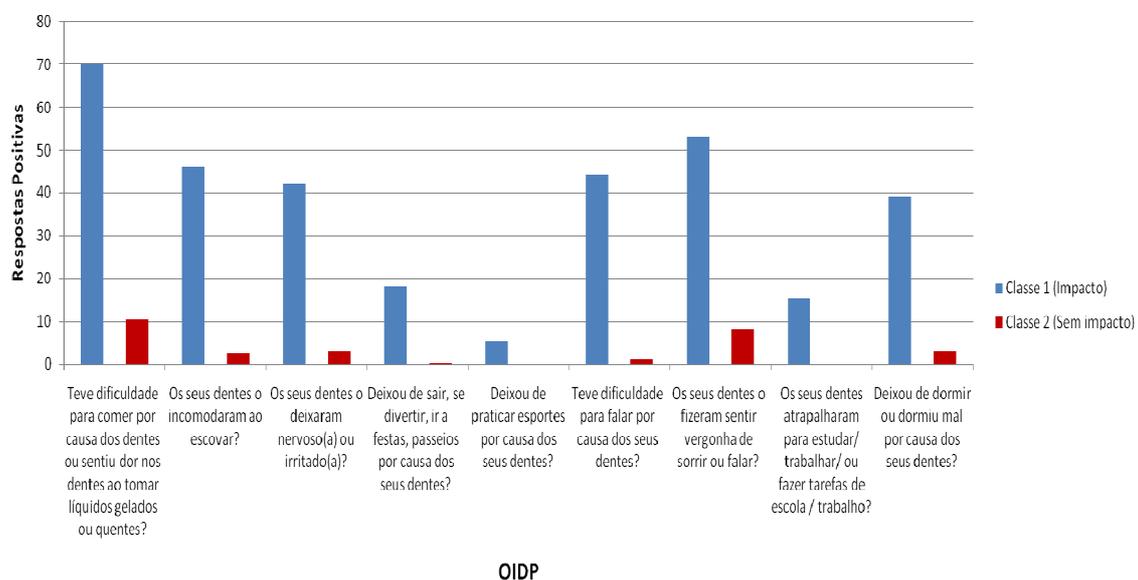
Verifica-se na Tabela 1 que a dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentir dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes foi a atividade que apresentou uma maior percentagem de respostas sim, com 70% em relação ao total, consequentemente, foi a atividade que mais apresentou impacto da saúde bucal de acordo com as respostas dos voluntários do grupo 1 (Impacto). Quando se verifica as respostas sim do grupo 2, grupo sem impacto, no mesmo quesito citado anteriormente, podemos observar que mesmo com uma

porcentagem pequena, especificamente de 10,5%, foi o quesito com maior resposta sim referido pelo grupo 2.

No questionamento da interferência dos dentes no sorriso ou fala pode-se observar uma porcentagem de respostas sim de 53,1% no grupo 1 e 8,1% no grupo 2, correspondendo ao segundo quesito com mais respostas sim em ambos os grupos. Em relação as respostas do grupo 1 a prática de esportes foi a atividade que, na opinião dos voluntários, apresentou menos impactos relacionados com as condições de saúde bucal. Pode-se observar no grupo 2 uma ausência de resposta negativas para este quesito, sendo considerada a atividade que menos sofre impacto da saúde bucal, quando verificamos a análise descritivas das respostas dos voluntários.

Considera-se como resposta positiva as questões que os voluntários determinam como uma atividade que a saúde bucal causa impacto. Na Figura 6 são evidenciadas as porcentagens de respostas positivas para as perguntas do OIDP segundo as classes Latentes.

**Gráfico 2.** Descrição das respostas positivas para as perguntas do OIDP segundo as Classes Latentes.



A verificação do impacto da saúde bucal na performance diária de acordo com as variáveis independentes foi realizada através do teste qui-quadrado, na descrição dos dados, observa-se que determinadas variáveis apresentaram maior impacto da saúde bucal.

Na análise dos municípios estudados, pode-se perceber que Itapissuma 43(32,8%) apresentou o maior impacto da saúde bucal na performance diária quando comparado com Recife 104 (30,5%) e Moreno 50 (16,2%).

Analisando os voluntários com impacto, observamos que 105 (30,3%) estão abaixo da mediana referente ao número de pessoas por cômodo. Observando o bloco 2, verifica-se que 160 (42,7%) dos voluntários do grupo 1 acreditam que necessitam de tratamento dentário, 46 (50,5%) apresentaram dor de dente nos últimos 6 meses e isso causa maior impacto na sua performance diária. 115 (47,5%) estão insatisfeitos com seus dentes, 70(47,9%) acham que precisam de tratamento para a gengiva. 41(53,9%) acham que precisam de tratamento para dentes moles.

Verificando o bloco 3 e 4, percebe-se que 84 (38%) dos voluntários que apresentam maior impacto da saúde bucal na sua qualidade de vida frequentaram o dentista em menos de 1 ano e que 179 (34,7%) deles são não edentulos. 134 (34%) apresentam o índice CPOD menor que a mediana, 49 (38,9%) dos pacientes utilizam prótese superior fixa ou removível, 32 (34,4%) utilizam prótese inferior fixa ou removível, 33 (16,9%) e141 (36,3%) necessitam de prótese fixa ou removível superior e inferior, respectivamente. Pode-se observar os dados citados na Tabela 2.

**Tabela 2.** Impacto da saúde bucal na performance diária segundo as variáveis independentes.

Variáveis independentes	Classe		Total	Valor – p**
	Impacto	Sem impacto		
<b>BLOCO 1</b>	N(%)	N(%)	N(%)	
<b>Município</b>				
Itapissuma	43(32,8%)*	88(67,2%)	131(100%)	p<0,001
Moreno	50(16,2%)	258(88,8%)*	308(100%)	
Recife	104(30,5%)	237(69,5%)	341(100%)	
<b>Sexo</b>				
Masculino	45 (20,6%)	173 (79,4%)	218 (100,0%)	p=0,065
Feminino	152(27%)	410(73%)	562(100%)	
<b>Cor</b>				
Branco	43(22,2%)	151(77,8%)	194(100%)	p=0,253
Não Branco	154(26,3%)	432(73,7%)	586(100%)	
<b>Pessoas por Cômodos</b>				
≤Mediana(1,33)	105(30,3%)*	242(69,7%)	347(100%)	p=0,004
>Mediana(1,33)	92(21,2%)	341(78,8%)*	433(100%)	
<b>Nº de bens</b>				

≤Mediana(6,0)	118(23,8%)	377(76,2%)	495(100%)	p=0,230
>Mediana(6,0)	79(27,7%)	206(72,3%)	285(100%)	

**Renda familiar**

Até R\$ 500,00	10(35,7%)	18(64,3%)	28(100%)	p=0,341
De R\$ 501,00 a R\$ 1,500,00	124(24%)	392(76%)	516(100%)	
Mais de R\$ 1,500,00	57(26,3%)	160(73,7%)	217(100%)	

**Anos de estudo**

0 a 4 anos	90(22,3%)	314(77,7%)	404(100%)	p= 0,086
5 a 8 anos	55(27,9%)	142(72,1%)	197(100%)	
9 anos ou mais	44(30,8%)	99(69,2%)	143(100%)	

**Idade**

≤mediana (68)	105(26,4%)	293(73,6%)	398(100%)	p=0,460
>mediana (68)	92(24,1%)	290(75,9%)	382(100%)	

**BLOCO 2****Acha que precisa de tratamento dentário atualmente?**

Não	36(9,2%)	357(90,8%)*	393(100%)	p<0,001
Sim	160(42,7%)*	215(57,3%)	375(100%)	

**Teve dor de dente nos último seis meses?**

Não	149(23,8%)	476(76,2%)*	625(100%)	p<0,001
Sim	46(50,5%)*	45(49,5%)	91(100%)	

**Satisfação com dentes e boca**

Satisfeito	54(12,2%)	388(87,8)*	442(100%)	p<0,001
Indiferente	23(29,1%)*	56(70,9%)	79(100%)	
Insatisfeito	115(47,5%)*	127(52,5%)	242(100%)	

**Acha que necessita de tratamento para as gengivas?**

Não	119(19,4%)	493(80,6%)*	612(100%)	p<0,001
Sim	70(47,9%)*	76(52,1%)	146(100%)	

**Acha que necessita de tratamento para mau hálito?**

Não	108(18,4%)	479(816%)*	587(100%)	p<0,001
Sim	82(49,1%)	85(50,9%)	167(100%)	

**Acha que necessita de tratamento para a dentes moles?**

Não	155(22,3%)	539(77,7%)*	694(100%)	p<0,001
Sim	41(53,9%)*	35(46,1%)	76(100%)	

**BLOCO 3**

**Tempo desde a última consulta ao dentista**

Menos de 1 ano	84(38%)*	137(62%)	221(100%)	p<0,001
1 a 2 anos	40(26,3%)*	112(73,7%)*	152(100%)	
Mais de 3 anos	60(19%)	256(81%)*	316(100%)	

**Local da última consulta**

Serviço Público	103(26,1%)	292(73,9%)	395(100%)	p=0,867
Serviço privado/plano de Saúde	90(26,7%)	247(73,3%)	337(100%)	

**Motivo da consulta**

Revisão	20(24,7%)	61(75,3%)	81(100%)	p=0,629
Dor	16(34%)	31(66%)	47(100%)	
Extração	96(25,4%)	282(74,6%)	378(100%)	
Tratamento ou outros	62(25,7%)	179(74,3%)	241(100%)	

**Qualidade do tratamento**

Muito bom/bom	166(26,2%)	468(73,8%)	634(100%)	p=0,733
Indiferente	13(24,5%)	40(75,5%)	53(100%)	
Ruim/ Muito Ruim	16(30,8%)	36(69,2%)	52(100%)	

**BLOCO 4**

**Edentulismo**

Não edentulo	179(34,7%)*	337(65,3%)	516(100%)	p<0,001
Edentulo	18(6,8%)	246(93,2%)*	264(100%)	

**CPOD**

≤ MEDIANA 28	134(34%)*	260(66%)	394(100%)	
--------------	-----------	----------	-----------	--

>MEDIANA 28	63(16,3%)	323(83,7%)*	386(100%)	P<0,001
<b>Uso de prótese superior</b>				
Não usa	85(29,8%)*	200(70,2%)	285(100,0%)	p<0,001
Prótese fixa ou removível	49(38,9%)*	77(61,1%)	126(100%)	
Prótese total	61(16,7%)	305(83,3%)	366(100%)	
<b>Uso de prótese inferior</b>				
Não usa	147(29,1%)*	359(70,9%)	506(100%)	p<0,001
Prótese fixa ou removível	32(34,4%)*	61(65,6%)	93(100%)	
Prótese total	16(9%)	162(91%)*	178(100%)	
<b>Necessidade de prótese superior</b>				
Não necessita	33(16,9%)*	162(83,1%)	195(100%)	p<0,001
Prótese fixa ou removível	95(38,3%)	153(61,7%)*	248(10%)	
Prótese total	69(20,5%)	267(79,5%)*	336(100%)	
<b>Necessidade de prótese inferior</b>				
Não necessita	15(11,2%)	119(88,8%)*	134(100%)	p<0,001
Prótese fixa ou removível	141(36,3%)*	247(63,7%)	388(100%)	
Prótese total	41(16%)	216(84%)*	257(100%)	

\* Resíduo padronizado maior que 1,96.

\*\* Teste Qui-Quadrado.

A amostra foi composta por 780 pessoas, e a prevalência de impacto na amostra foi de 25,3% (IC 95%= 22,2 ~ 28,4). De acordo com os dados da Tabela 3 pode-se verificar que no modelo de regressão logística, na análise múltipla, o município de Itapissuma apresenta 2,56 chances de ter impacto da saúde bucal na qualidade de vida quando comparado ao município de Morenos.

Pode-se observar na Tabela 3 que voluntários com menos dentes teriam menos probabilidade de ter problemas bucais, pois os voluntários não edentulos tem 7,26 vezes mais de chances de ter impacto da saúde bucal na sua performance diária quando comparado aos edentulos.

Observa-se que o tempo de uma consulta para outra é relevante e que de acordo com o que foi verificado neste estudo, pessoas que apresentam um intervalo de menos de um ano entre uma consulta e outra apresentam 2,62 chances da saúde bucal influenciar na qualidade

de vida dos voluntários, quando comparada com as pessoas que vão ao dentista em um intervalo de mais de um ano de intervalo entre consultas.

**Tabela 3.** Resultados do modelo de regressão logística simples e múltiplas.

<b>BLOCO 1</b>	<b>Simples</b>			<b>Múltiplas</b>		
	OR	IC 95%	Valor de p	OR	IC 95%	Valor de p
<b>Município</b>						
Moreno	1,00			1,00		
Itapissuma	2,52	1,57-4,05	<0,001	2,56	1,59-4,13	<0,001
Recife	2,26	1,55-3,31	<0,001	2,36	1,61-3,47	<0,001
<b>Sexo</b>						
Masculino	1,00					
Feminino	1,42	0,98-2,08	0,660			
<b>Idade</b>						
>mediana	1,00					
≤mediana	1,13	0,81 - 1,56	0,460			
<b>Cor</b>						
Branco	1,00					
Não Branco	1,25	0,85-1,84	0,253			
<b>Pessoas por Cômodos</b>						
>Mediana(1,33)	1,00			1,00		
≤Mediana(1,33)	1,61	1,16-2,22	0,004	1,69	1,21-2,36	0,002
<b>Nº de bens</b>						
≤Mediana(6,0)	1,00					
> Mediana(6,0)	0,31	0,88-1,70	0,230			
<b>Renda familiar</b>						
Mais de R\$ 1,500,00	1,00					
Até R\$ 500,00	1,56	0,68-3,57	0,290			
De R\$ 501,00 a R\$ 1,500,00	0,89	0,61-1,27	0,520			
<b>Anos de estudo</b>						
0 a 4 anos	1,00					
5 a 8 anos	1,35	0,91-1,99	0,130			
9 anos ou mais	1,55	1,01-2,37	0,040			
<b>BLOCO 2</b>	OR	IC 95%	Valor de p	OR	IC 95%	Valor de p

<b>Acha que precisa de tratamento dentário atualmente?</b>							
Não	1,00			1,00			
Sim	7,38	4,95 - 11	<0,001	3,452	2,16-5,51	<0,001	
<b>Teve dor de dente nos último seis meses</b>							
Não	1,00			1,00			
Sim	3,27	2,08-5,12	<0,001	2,392	1,38-4,13	0,002	
<b>Satisfação com dentes e boca</b>							
Satisfeito	1,00			1,00			
Indiferente	2,95	1,68-5,18	<0,001	2,069	1,09-3,92	0,025	
Insatisfeito	6,51	4,45- 9,52	<0,001	3,66	2,34-5,72	<0,001	
<b>Acha que necessita de tratamento para as gengivas?</b>							
Não	1,00						
Sim	3,82	2,61-5,59	<0,001				
<b>Acha que necessita de tratamento para mau hálito?</b>							
Não	1,00			1,00			
Sim	4,28	2,96-6,18	<0,001	2,19	1,40-3,41	<0,001	
<b>Acha que necessita de tratamento para a dentes moles?</b>							
Não	1,00						
Sim	4,07	2,51-6,62	<0,001				
<b>BLOCO 3</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>Valor de p</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>Valor de p</b>	
<b>Tempo desde a última consulta ao dentista</b>							
Menos de um ano	2,62	1,77-3,87	<0,001	2,40	1,45-3,96	0,001	
Um a dois anos	1,524	0,964-2,41	0,071	1,143	0,65-2,0	0,644	
Três anos ou mais	1,00			1,00			
<b>Local da última consulta odontológica</b>							
Serviço Público	1,00						
Serviço privado/plano de Saúde	1,03	0,74-1,44	0,847				
<b>Motivo da consulta</b>							
Revisão	1,00						
Dor	1,57	0,712-346	0,258				

Extração	1,04	0,597-1,81	0,895			
Tratamento ou outros	1,06	0,59-1,89	0,853			
<b>Qualidade do tratamento</b>						
Muito bom/bom	1,00					
Indiferente	0,92	0,48-1,76	0,792			
Ruim/ Muito Ruim	1,25	0,68-2,32	0,472			
<b>BLOCO 4</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>Valor de p</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>Valor de p</b>
<b>Edentulismo</b>						
Não edentulo	7,26	4,35-12,11	<0,001	2,931	1,32-6,51	0,008
Edentulo	1,00			1,00		
<b>CPOD</b>						
≤ MEDIANA 28	2,64	1,88-3,72	<0,001			
>MEDIANA 28	1,00					
<b>Uso de prótese superior</b>						
Não usa	2,13	1,46-3,09	<0,001			
Prótese fixa ou removível	3,18	2,03-4,99	<0,001			
Prótese total	1,00					
<b>Uso de prótese inferior</b>						
Não usa	4,15	2,4-7,17	<0,001			
Prótese fixa ou removível	5,31	2,72-10,36	<0,001			
Prótese total	1,00					
<b>Necessidade de prótese superior</b>						
Não necessita	1,00					
Prótese fixa ou removível	3,05	1,94-4,8	<0,001			
Prótese total	1,27	0,80-2,01	0,309			
<b>Necessidade de prótese inferior</b>						
Não necessita	1,00					
Prótese fixa ou removível	4,529	2,55-8,05	<0,001			
Prótese total	1,506	0,8-2,83	0,204			

## 8. DISCUSSÃO

No Nordeste brasileiro, mais especificamente Pernambuco existem poucos estudos referente a saúde bucal da população idosa, pois os levantamentos epidemiológicos em relação aos estudos dos aspectos de saúde bucal são realizados frequentemente com crianças e adolescente. O presente estudo conseguiu identificar fatores que contribuam para alterações na saúde bucal especificamente em idosos, considerando as condições físicas, socioeconômicos, de acesso a serviços odontológicos e de percepção.

O critério metodológico utilizado neste estudo apresentou importante benefício, pois permitiu uma associação entre os dados e na análise de resultados. A utilização de classes latentes permite identificar distintos grupos baseado-se nos padrões de respostas observadas nas variáveis categóricas proporcionando maior entendimento das associações, sem a necessidade da imposição de um ponto de corte na variável dependente. Essa estratégia, por si só, se diferencia da maioria dos estudos que utilizam instrumentos quantitativos de mensuração da qualidade de vida.

A análise de qualidade de vida é representada muitas vezes na literatura pela autopercepção das condições de saúde bucal, está abordagem leva em consideração não apenas fatores físicos, como socioeconômicos e psicológicos (LEMOS et al., 2013). Como foi referido por Gabardo, et al. (2013) há um direcionamento para avaliação da autopercepção a partir de instrumentos subjetivos que analisam a qualidade de vida e a saúde bucal.

Analisando os critérios socioeconômicos da população estudada, podemos perceber que um fator de determinação de melhor condição econômico, que refere-se ao número de pessoas por cômodo no domicílio que vivem, foi observado que idosos residentes em domicílios com menos pessoas por cômodos apresentaram maior impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Este achado pode ter sido encontrado pelo fato de que pessoas com maiores condições socioeconômicas apresentam um maior número de dentes quando comparados a pessoas com menor condições socioeconômicas (LIMA et al., 2007).

De acordo com os achados no estudo de ERIC, et al. (2012) as condições clínicas podem ter uma influência maior no impacto da saúde bucal na qualidade de vida quando comparado as condições socioeconômicas.

Este achado pressupõe a necessidade um instrumento destinado a avaliação da saúde bucal dos edentulos, pois muitos instrumentos apresentam viés relacionado aos pacientes não-edentulos considerando que comprometimentos relacionados aos dentes são os únicos

passíveis de problema, e que pessoas edentulas não apresentarão queixas ou problemas bucais (BIANCO et al, 2010).

O instrumento OIDP pode ter limitações, pois apresenta a verificação de impacto a partir de problemas dentários, e não é direcionado a saúde bucal ampla. Desta forma, os fatores associados a ter dentes acabaram sendo os mesmos associados a ter o impacto.

Outros aspectos socioeconômicos também não tiveram impactos negativamente significativos na saúde bucal dos idosos. Este fato pode estar relacionado com a melhora no serviço de assistência odontológica do Brasil, pois desde 2004 há a publicação de políticas públicas direcionadas para a saúde bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Porém, o acesso e o direcionamento de cuidados específicos a saúde bucal apresentam diferenças em todo o mundo e podemos verificar que a facilidade de acesso é maior em países desenvolvidos quando comparado aos países em desenvolvimento (THOMSON, 2014).

Historicamente o Brasil apresenta uma heterogeneidade em relação à distribuição de renda e determinadas regiões apresentam piores indicadores, como é o caso do Norte e Nordeste e estes fato pode influenciar no acesso a redes especializadas de assistência a saúde bucal (FERNANDES, et al., 2016).

Podendo corroborar com o estudo de Fernandes, et al. (2016) o presente estudo identificou que o maior déficit de saúde bucal está relacionado ao municípios de menor porte, ou seja, o que apresenta menor oportunidade de acesso e de representatividade econômica, estes dados estão representados na pesquisa pelo município de Itapissuma.

Quando é feita análise do sexo na saúde bucal dos voluntários, pode-se observar que está variável não teve influência significativa, o que sugere que as condições de saúde bucal podem sofrer mais influência do meio que se vive, a cultura, o estilo de vida, dos aspectos socioeconômicos do que de fatores biológicos. Com isso, a predisposição de que fatores exógenos são frequentes determinantes de modificações na saúde bucal do idoso (TEIXEIRA, et al., 2015).

Ao longo dos anos pode-se observar um aumento no conhecimento sobre as condições clínicas de saúde bucal e uma maior facilidade de acesso as informações. Estes fatores podem ser responsáveis pela caracterização da autopercepção de necessidade de tratamento bucal dos idosos encontrada nesta pesquisa, e podem aumentar o impacto negativo na saúde bucal, pois as pessoas que tendem a procurar uma assistência odontológica provavelmente já apresentam alguma queixa e têm conhecimento da necessidade de cuidar da sua saúde (GABARDO, et al., 2013).

Com a ampliação das Políticas de saúde bucal houve um aumento da promoção de saúde e associado a este fato a prevenção de fatores de riscos que comprometem a saúde da população tanto em aspectos biológicos como socioeconômicos, permitindo que a população tenha conhecimento sobre autocuidado e informações sobre serviços especializados para saúde bucal (JANINI, 2015; BRASIL, 2004).

É evidente que alguns fatores clínicos podem comprometer a saúde bucal dos idosos e proporcionam maior impacto nas suas atividades diárias. No presente estudo a dor foi a condição clínica que mais influenciou negativamente a saúde bucal dos idosos, desta forma as dores podem proporcionar maior limitação e restrição nas suas atividades diárias, como é o caso de comer, que os voluntários relataram em sua maioria uma tendência não conseguir se alimentar direito devido as dores (ERIC, et al., 2012).

Pode-se observar no presente estudo outras condições clínicas que influenciam negativamente na qualidade de vida dos idosos, como o maior impacto da saúde bucal em idosos que referiram necessidade de tratamento de mau hálito, da gengiva e dentes moles, estes achados supõem que os voluntários apresentam conhecimento quanto as suas condições clínicas, corroborando com o estudo de Raynal (2010), onde foi verificado em sua pesquisa que as condições bucais influenciam a qualidade de vida.

O presente estudo teve como resultado o fato de que os voluntários não edentulos apresentam maior impacto na saúde bucal quando comparado ao edentulos. Este dado corrobora com o achado por Vasconcelos (2012), o qual encontrou que pessoas edentulas apresentam boa percepção da sua saúde bucal. Estes dados podem estar relacionados a condições clínicas de saúde bucal, referindo que pacientes que apresentam mais dentes tendem a ter menos comprometimentos clínicos quando comparados aos idosos edentulos.

Em contrapartida a esses resultados, os idosos edentulos podem estar acostumados com suas condições de saúde bucal e acreditem que estejam bem mesmo que não tenham condições adequadas de acordo com critérios odontológicos, provavelmente estes idosos tenham essa percepção, pois culturalmente eles viveram em uma época em que a mutilação dentária era a principal estratégia de saúde bucal e acreditem que nos tempos atuais ainda é normal a perda dentária com o envelhecimento (HAIKAL, et al., 2011).

Outra possibilidade, com a criação do Brasil Sorridente em 2004 os idosos tiveram mais acesso aos serviços de saúde especializada de médica complexidade e com isso os idosos edentulos puderam ter maior suporte relacionado a saúde bucal, e a adaptação de próteses dentárias específicas, possibilitando o aumento da qualidade de vida e a funcionalidade dos pacientes edentulos em atividades diárias como mastigação e fala, proporcionando aos

pacientes uma percepção da sua saúde bucal positiva e equiparada aos pacientes não edentulos.

Quando se refere a necessidade e a utilização de prótese superior, inferior ou total, verificamos que a não utilização de prótese dentária está relacionada negativamente ao impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida dos pacientes avaliados, estes dados corroboram os estudos encontrados na literatura que verificaram que a utilização de prótese com uma boa adaptação favorece a uma maior auto-estima e melhora sua funcionalidade na mastigação e conseqüentemente melhora sua qualidade de vida (LEMOS, et al., 2013; GABARDO, et al., 2013; PEREA, et al., 2013).

O presente estudo verificou que pacientes que tiveram dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes apresentaram maior impacto da saúde bucal na qualidade de vida, este achado corrobora Lemos, et al. (2013), onde identifica que a função mastigatória adequada favorece uma melhor qualidade de vida.

O nível de satisfação dos idosos em relação aos seus dentes foi um preditor de impacto negativo da saúde bucal na qualidade de vida, pois a maioria dos idosos estavam insatisfeitos com as condições dos seus dentes. Associado a este achado, podemos verificar que a necessidade de tratamento odontológico favorece ao impacto na qualidade de vida relacionando-se com os dados anteriores, estas condições clínica predisõem a uma pior percepção da saúde bucal dos idosos (ENOKI, et al., 2013).

Os estudos de relação da saúde bucal na qualidade de vida de idosos auxiliam os centros especializados de saúde bucal na consolidação de tratamentos e criação de políticas públicas específicas, e possibilitem maior entendimento epidemiológico das condições clínicas e sociais dos idosos (FONTANIVE, 2013).

## **9. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos idosos pode estar relacionado com o tamanho do município, conhecimento da necessidade de tratamento odontológico e números de dentes. Estes fatores podem estar relacionados a aspectos socioeconômicos.

Sugere-se com os resultados encontrados a criação de uma ferramenta de avaliação específica baseada no OIDP com um direcionamento mais amplo relacionados a saúde bucal.

Existem poucos estudos na literatura que avaliem as condições da saúde bucal e suas repercussões na qualidade de vida de idosos residentes em Pernambuco. A continuidade na

pesquisas relacionadas com a temática favorece a um conhecimento e direcionamento de políticas públicas de saúde bucal coletiva para melhor suporte dos idosos.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p 360-5, 2010.

BARCACCIA, B., et al. Defining Quality of Life: A Wild-Goose Chase?. **Europe's Journal of Psychology**, 2013, v. 9, n. 1, 2013.

Disponível em: <<http://ejop.psychopen.eu/article/view/484/html>> Acesso em: Abr. 2016.

BERENSTEIN, C. K.; WAJNMAN, S. Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2301-2313, out, 2008.

BIANCO, V. C., et al. O impacto das condições bucais na qualidade de vida de pessoas com cinquenta ou mais anos de vida. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2165-2172, 2010.

BITOUN, Jan et al. Região Metropolitana do Recife no contexto de Pernambuco no Censo 2010. Recife: Fase / Observatório das Metrôpoles, 2012. Disponível em: <[http://www.observatoriodasmetrololes.net/download/Texto\\_BOLETIM\\_RECIFE\\_FINAL.pdf](http://www.observatoriodasmetrololes.net/download/Texto_BOLETIM_RECIFE_FINAL.pdf)>. Acesso em: janeiro de 2017.

BURLÁ, C.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D.; NUNES, R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciênc. Saúde coletiva**. v.18, n.10, 2013.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v.32, n.2, p.232-240 maio/ago, 2008.

CARNEIRO, L. A. F., et al. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS, 2013.

CÉSAR, J. A., et al. Perfil dos idosos residentes em dois municípios pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: resultados de estudo transversal de base populacional, **Rev. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n 8, p. 1835-1845, 2008.

COHEN, J. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educ Psychol Measurement*, v.20, p. 37-46, 1960.

COLLINS, L. M.; LANZA, S. T. Latent Class and Latent Transition Analysis: With Applications in the Social, Behavioral, and Health Sciences. Ed. Wiley, 2010.

COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO (CNPQ). População e Desenvolvimento, **Cad. De População Desenvolvimento**, 2014.

DIVISION OF MENTAL HEALTH WORLD HEALTH ORGANIZATION GENEVA. Field Trial WHOQOL-100 the 100 questions with response scales, 1995.

EINARSON, S., GERDIN, E. W., HUGOSON, A., Oral health-related quality of life and its relationship to self-reported oral discomfort and clinical status. **Rev. Swed Dent**, v. 38, n. 4, p. 169-78, 2014.

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

ERIC', J.; STANC'IC', I.; TIHAC'EK-S'OJIC', L.; KULIC', L.; POPOVAC, A.; TSAKOS, G. Prevalence, severity, and clinical determinants of oral impacts in older people in Bosnia and Herzegovina. **Rev. Eur J Oral Sci**, v. 120, p. 438-43, 2012.

FERNANDES, J. K. B.; PINHO, J. R. O.; QUEIROZ, R. C. S.; THOMAZ, E. B. A. F. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, 2016.

FERREIRA, C. O.; ANTUNES, J. L. F.; ANDRADE, F. B. Fatores associados à utilização dos serviços odontológicos por idosos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, supl 3, p. 90-7, 2013.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas, **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-8, 2000.

FLECK, M. P.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 785-91, 2006.

FONTANIVE, V.; ABEGG, C.; TSAKOS, G.; OLIVEIRA, M. The association between clinical oral health and general quality of life: a population-based study of individuals aged 50–74 in Southern Brazil. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 41; p. 154–162, 2013.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA); HELPAGE INTERNATIONAL. Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio Resumo Executivo, 2012.

GABARDO, M.C.L.; MOYSÉS, S.T.; MOYSÉS, S.J. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 33, n. 6, 2013.

GOMES, A. S.; ABEGG, C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1707-1714, jul, 2007.

GRIFFIN, S. O., et al. Burden of Oral Disease Among Older Adults and Implications for Public Health Priorities. **Rev. American Journal of Public Health**, v.102, n. 3, 2012.

HAIKAL, D. S. A., et al, 2011; Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. **Rev.Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3317-3329, 2011.

HEBLING, E.; PEREIRA, A. C., 2007, Oral health-related quality of life: a critical appraisal of assessment tools used in elderly people. **Rev. Gerodontology**, v. 24, ed. 3, p. 151–161, 2007.

HOSSEINPOOR, A. R.; BERGEN, N.; CHATTERJI, S. Socio-demographic determinants of care giving in older adults of low- and middle-income countries. **Rev. Age and Ageing**, v. 42, p. 330–38, 2013.

HUANG D. L.; CHAN, K; C. G.;YOUNG, B. A. Poor Oral Health and Quality of Life in U.S. Older Adults with Diabetes. **Journal Am Geriatr Soc**, v. 61, n. 10, 2013.

ILLUZZI,N., et al. Expanding the Metchnikoff Postulate: Oral Health Is Crucial in a Successful Global Aging Management Strategy, **Rev. Rejuvenation Research**, v.17, n. 2, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Arranjos populacionais e concentrações urbanas no Brasil / IBGE, Coordenação de Geografia. - 2. ed. - Rio de Janeiro, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades, 2016. Disponível em<<http://cidades.ibge.gov.br/>> . Acesso em: fev de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Mudança demográfica no Brasil do início do século XXI, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais Uma análise das condições de vida da população brasileira, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2010, Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>. Acesso em: jan. de 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2010. Censo 2010: análise de resultados, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 de março de 2016.

JANAINA, P. J; BESSLER, D; VARGAS, A. B. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Rev. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.480-490, abr-jun, 2015.

JOIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 131-8, 2007.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n. 4, p. 1107-1111, 2008.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Qualidade de vida – aspectos conceituais. **Rev. Salus-Guarapuava-PR**, v. 1, n.1, p. 13-5, 2007.

KLUTHCOVSKY, A. C. G.; KLUTHCOVSKY, F. A., O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Rev. de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 3, 2009.

LEMONS, M. M. C.; ZANIN, L.; JORGE, M. L. R.; FLÓRIO, F. M. Oral health conditions and self-perception among edentulous individuals with different prosthetic status. **Rev. Braz J Oral Sci.**, v. 12, n. 1, 2013.

LIMA, L. H. M. A.; SOARES, M. S. M.; PASSOS, I. A.; Ana Paula Vasconcelos da ROCHA, A. P. V.; FEITOSA, S. C.; LIMA, M.G. Autopercepção oral e seleção de alimentos

por idosos usuários de próteses totais. **Rev. de Odontologia da UNESP**, v. 36, n. 2, p. 131-36, 2007.

MAPAS GEOGRÁFICOS. Região Metropolitana. Baixar Mapa, 2016. Disponível em: <http://www.baixarmapas.com.br/mapa/regiao-metropolitana/>. Acesso em: 06 ago. 2016.

MARTINS, A. M. E. B. L., Uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1651-1666, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL SORRIDENTE 2010. Brasília-DF, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SB BRASIL2010: Pesquisa Nacional de saúde bucal. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Passo a passo das ações do Brasil sorridente. 2013.

MONTOYA, J. A. G. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. **Rev. Clinical Interventions in Aging**, v.10, p. 461–67, 2015.

MORAES, E. N. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In: Borges, A. P. A., Coimbra, A. M. C., organizadores. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Rio de Janeiro: Fiocruz/ ENSP/ EAD, p.151-175, 2008. Disponível em: <<http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=14150&tipo=B>>. Acesso em: 24 de Nov. de 2015.

MYRRHA, L. J. D., et al. O uso das taxas de crescimento por idade para identificação das principais etapas da transição demográfica no Brasil. **Rev. Bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 259-275, jul./dez, 2014.

OLIVEIRA, C. Tooth brushing, inflammation, and risk of cardiovascular disease: results from Scottish Health Survey. **Rev. British Medical Journal**, v. 340, p. c2451, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO: Aspectos Conceituais, 2012.

PETERSEN, P. E.; KANDELMAN, D.; ARPIN, S.; OGAWA, H. Global oral health of older people – Call for public health action. **Rev. Community Dental Health**, v. 27, Supl 2, p. 257–268, 2010.

PACE, C. C.; MCCULLOUGH, G. H. The Association Between Oral Microorganisms and Aspiration Pneumonia in the Institutionalized Elderly: Review and Recommendations. **Rev. Dysphagia**, v. 25, p. 307-322, 2010.

PEREA, et al. Oral health-related quality of life in complete denture wearers depending on their socio-demographic background, prosthetic-related factors and clinical condition, **Rev. Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 18, n. 3, p 371-80, 2013.

PEREIRA, et al. Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. **Rev. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2035-2042, 2012.

PEREIRA, R. J. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. Psiquiatr**, v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

PERES, K. G., et al. Aspectos sociodemográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adolescentes. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 19-28, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240212004>>. Acesso em: jan. de 2016.

POWER, M.; QUINN, K., SCHMIDT, S. Development of the WHOQOL-old module. **Rev. Qual Life Res.**, v. 14, n. 10, p. 2197-214, 2005.

RAMALHO, H. M. B; BRITO, D. J. M. Migração intrametropolitana e mobilidade pendular: Evidências para a região metropolitana do Recife. **Rev. Estud. Econ.**, São Paulo, v.46, n.4, p.823-877, 2016.

FLORIANO, F. R. **Condições de saúde bucal e qualidade de vida de adultos**. 2010. 106 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

RECIFE, Secretaria de Saúde do Recife. Relatório Anual de Gestão 2010, 2011.

RODAKOWSKA, E.; MIERZYŃSKA, K.; BAGIŃSKA, J.; JAMIOŁKOWSKI, J. Quality of life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Bialystok, north-east Poland. **Rev. BMC Oral Health**, v.14, n. 106, 2014.

RONCALLI, A. G.; CÔRTEZ, M. I. S.; PERES, K. G. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28 Supl: S58-S68, 2012.

ROSA, L. A., et al. Odontogeriatrics – a saúde bucal na terceira idade. **Rev. Faculdade de Odontologia**, v. 13, n. 2, p. 82-86, maio/agosto, 2008.

SAINTRAIN, M. V. L.; AQUINO, M. D. C. Periodontal conditions of elders in Northeastern Brazil. **Rev. Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 4, p. 495-502, out./dez., 2014.

SILVA, A. L.; SAINTRAIN, M. V. L. Interferência do perfil epidemiológico do idoso na atenção odontológica. **Rev. Bras Epidemiol**, v. 9, n. 2, p. 242-50, 2006.

SILVA, M. E. S., et al. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p 841-850, 2010.

SIMÕES, A. C. A.; CARVALHO, D. M. A realidade da saúde bucal do idoso no Sudeste brasileiro. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2975-2982, 2011.

STEWART, T. R., et al., Adverse Oral Health and Cognitive Decline: The Health, Aging and Body Composition Study. **Rev. Am Geriatr Soc.** v. 61, n. 2, p. 177–184, 2013.

TEIXEIRA, M. F. N.; MARTINS, A. B.; CELESTE, R. K.; HUGO, F. N.; HILGERT, J. N. Associação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em idosos. **Rev. Bras epidemiol.**, v. 18, n. 1, p.220-33, 2015.

THOMSON, W. M. Epidemiology of oral health conditions in older people. **Rev. Gerodontology**, v. 31, Suppl. 1, p. 9–16, 2014.

UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs Population Division Population Ageing. Disponível em:  
<<http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2006.htm>>. Acesso em: jan. de 2016.

UNITED NATIONS, World Population Prospects, 2015.

VASCONCELOS, L. C. A.; PRADO JÚNIOR, R. R.; TELES, J. B. M.; MENDES, R. F. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p 1101-10, 2012.

VALE, E. B.; MENDES, A. C. G.; MOREIRA, R. S. Autopercepção da saúde bucal entre adultos na região Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, Supl 3, p. 98-108, 2013.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p 231-38, 2012.

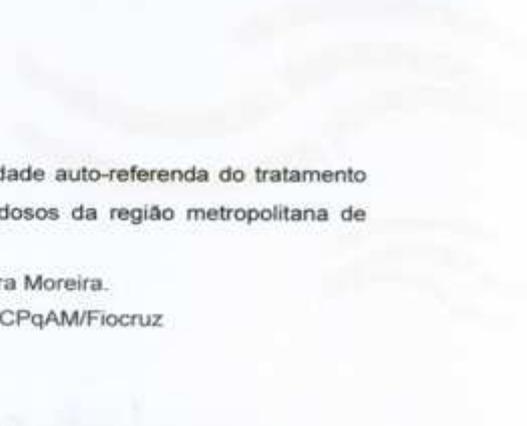
WORLD HEALTH ORGANIZATION, Whoqol – Measuring quality of Life. 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ageing and life course, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/ageing/en>>. Acesso em: maio de 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Relatório mundial de envelhecimento e saúde, 2015. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: jan. de 2016.

## APÊNDICES

### Apêndice A. Parecer do comitê de ética.

**Título do Projeto:** "A validade da necessidade auto-referenda do tratamento odontológico em adolescentes, adultos e idosos da região metropolitana de Recife".

**Pesquisador responsável:** Rafael da Silveira Moreira.

**Instituição onde será realizado o projeto:** CPqAM/Fiocruz

**Data de apresentação ao CEP:** 25/05/2012

**Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ:** 11/12

**Registro no CAAE:** 03673012.3.0000.5190

---

**PARECER Nº 15/2012**

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 13 de julho de 2015. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 13 de julho de 2012.



**Janaina Campos de Miranda**  
Pesquisadora em Saúde Pública  
Coordenadora  
Mat. SIAPE 464777  
CEP / CPqAM / FIOCRUZ

Observação:  
Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 13/07/2013.

Campus da UFPE - Av. Moraes Barros  
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639  
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639  
Recife - PE - Brasil  
comiteeetica@cpqam.fiocruz.br



UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO  
**AGGEU**  
MAGNÍFIAS



**FIOCRUZ**  
Instituto de Saúde

Apêndice B. Ferramentas de coleta de dados.

ORIG./DUP.

**Questionário**

Nome \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_

Setor \_\_\_\_\_ Quadra \_\_\_\_\_ Endereço \_\_\_\_\_

N. Identificação \_\_\_\_\_ Examindor \_\_\_\_\_ Anotador \_\_\_\_\_

**Informações Gerais**

Idade em anos

Sexo

Cor/Raça

Realização do Exame

1-Masc.

1-Branca

1-Realizado

2-Fem.

2-Preta

2-Não realizado por não ter autorizado

3-Amarela

3-Não realizado por ausência do morador

**CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DA FAMÍLIA**

**1** Quantas pessoas, incluindo o sr(a), residem nesta casa? Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"

**2** Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio? Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"

**3** Quantos bens tem em sua residência? Considerar como bens: televisão, geladeira, aparelho de som, micro-ondas, telefone, telefone celular, máquina de lavar roupa, máquina de lavar louça, micro-computador, e número de carros. Varia de 0 a 11 bens. Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"

**4** No mês passado, quanto receberam, em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos? 1-Até 250; 2-De 251 a 500; 3-De 501 a 1.500; 4-De 1.501 a 2.500; 5-De 2.501 a 4.500; 6-De 4.501 a 9.500; 7-Mais de 9.500; 9-Não sabe/não respondeu

**ESCOLARIDADE, MORBIDADE BUCAL REFERIDA E USO DE SERVIÇOS**

**5** Até que série o sr(a) estudou? Fazer a conversão e anotar o total de anos estudados com aproveitamento (sem reprovação). Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"

**6** O sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente? 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu

**7** Nos últimos 6 meses o sr(a) teve dor de dente? 0-Não; 1-Sim; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu

**8** Aponte na escala o quanto foi esta dor 1 (um) significa muito pouca dor e 5 (cinco) uma dor muito forte (mostrar a escala no anexo do manual)

**9** Alguma vez na vida o sr(a) já foi ao consultório do dentista? 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu

**10** Quando o sr(a) consultou o dentista pela última vez? 1-Menos de um ano; 2-Um a dois anos; 3-Três anos ou mais; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu

**11** Onde foi a sua última consulta? 1-Serviço público; 2-Serviço particular; 3-Plano de Saúde ou Convênios; 4-Outros; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu

**12** Qual o motivo da sua última consulta? 1-Revisão, prevenção ou check-up; 2-Dor; 3-Extração; 4-Tratamento; 5-Outros; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu

**13** O que o sr(a) achou do tratamento na última consulta? 1-Muito Bom; 2-Bom; 3-Regular; 4-Ruim; 5-Muito Ruim; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu

## AUTOPERCEÇÃO E IMPACTOS EM SAÚDE BUCAL

**14** Com relação aos seus dentes/boca o sr(a) está:

1-Muito satisfeito; 2-Satisfeito; 3-Nem satisfeito nem insatisfeito; 4-Insatisfeito; 5-Muito insatisfeito; 9-Não sabe / Não respondeu

Questão eliminada.

**16** Algumas pessoas têm problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Das situações abaixo, quais se aplicam a(o) sr(a), nos últimos seis meses? 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu

16.1. Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes?

16.5. Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes?

16.2. Os seus dentes o incomodaram ao escovar?

16.6. Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes?

16.3. Os seus dentes o deixaram nervoso (a) ou irritado (a)?

16.7. Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar?

16.4. Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes?

16.8. Os seus dentes atrapalharam para estudar / trabalhar ou fazer tarefas da escola / trabalho?

16.9. Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes?

### Necessidade de Tratamento para Cárie (todas as faixas etárias)

17-O Sr(a) acha que necessita de tratamento para a cárie? \_\_\_\_\_ (0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe)

18- O Sr(a) acha que necessita de restaurar/obturar em algum dente? \_\_\_\_\_ (0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe)

19- O Sr(a) acha que necessita de coroa (grande obturação) em algum dente? \_\_\_\_\_ (0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe)

20- O Sr(a) acha que necessita de tratamento estético/aparência em algum dente? \_\_\_\_\_ (0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe)

21- O Sr(a) acha que necessita de tratamento de canal em algum dente? \_\_\_\_\_ (0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe)

### Necessidade de Prótese (35 a 44; 65 a 74)

(0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe)

23-O Sr(a) acha que necessita de prótese total (dentadura) 23.1-Na arcada superior? \_\_\_\_\_

23.2-Na arcada inferior? \_\_\_\_\_

24-O Sr(a) acha que necessita de prótese (fixa ou removível) para substituir um dente 24.1-Na arcada superior? \_\_\_\_\_

24.2-Na arcada inferior? \_\_\_\_\_

25-O Sr(a) acha que necessita de prótese (fixa ou removível) para subst. mais de um dente 25.1-Na arcada superior? \_\_\_\_\_

25.2-Na arcada inferior? \_\_\_\_\_

**Necessidade de Tratamento Periodontal (0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe)**

26-O Sr(a) acha que necessita de necessita de tratamento para as gengivas?\_\_\_\_\_ (0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe)

27- O Sr(a) acha que necessita de necessita de tratamento para mau hálito?\_\_\_\_\_ (0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe)

28- O Sr(a) acha que necessita de necessita de tratamento para dentes moles?\_\_\_\_\_ (0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe)

# Exame Clínico

## CARIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

Todos os grupos etários. Condição de Raiz, somente de 35 a 44 e 65 a 74 anos

	18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	26	27	28
Coroa	<input type="text"/>															
Raiz	<input type="text"/>															
Trat.	<input type="text"/>															
	48	47	46	45	44	43	42	41	71	72	73	74	75	36	37	38
Coroa	<input type="text"/>															
Raiz	<input type="text"/>															
Trat.	<input type="text"/>															

Código		Condição
Dentes Permanentes		
Coroa	Raiz	
0	0	Hígido
1	1	Cariado
2	2	Restaurado mas com cárie
3	3	Restaurado e sem cárie
4	Não se aplica	Perdido devido à cárie
5	Não se aplica	Perdido por outras razões
6	Não se aplica	Apresenta selante
7	7	Apoio de ponte ou coroa
8	8	Não erupcionado - raiz não exposta
T	Não se aplica	Trauma (fratura)
9	9	Dente excluído

Código	Tratamento
0	Nenhum
1	Restauração de 1 superfície
2	Restauração de 2 ou mais superfícies
3	Coroa por qualquer razão
4	Faceta estética
5	Tratamento pulpar e restauração
6	Extração
7	Remineralização de mancha branca
8	Selante
9	Sem informação

## EDENTULISMO

15-19, 35-44 e 65-74 anos

### USO DE PRÓTESE

Sup    Inf

--	--

### NECESSIDADE DE PRÓTESE

Sup    Inf

--	--

### Uso de Prótese Superior e Inferior

- 0** – Não usa
- 1** – Uma ponte fixa
- 2** – Mais de uma ponte fixa
- 3** – Prótese Parcial Removível
- 4** – Prótese Fixa + Removível
- 5** – Prótese Total

### Necessidade de Prótese Superior e Inferior

- 0** – Não necessita
- 1** – Prótese de 1 elemento
- 2** – Mais de 1 elemento
- 3** – Combinação de Próteses
- 4** – Prótese Total
- 9** – Sem Informação

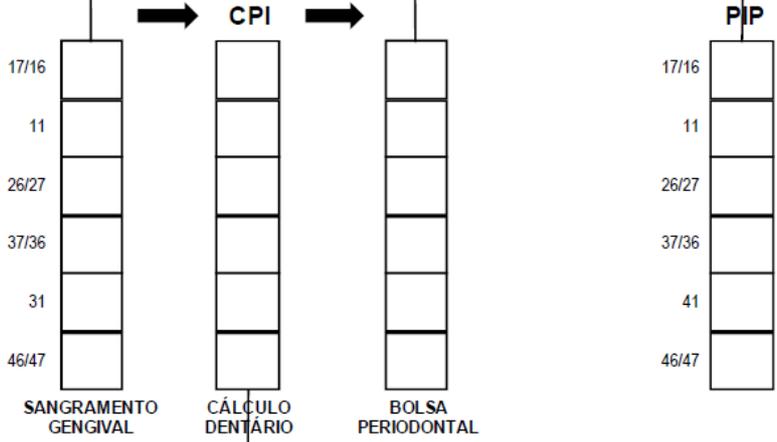
**CONDIÇÃO PERIODONTAL**

CPI: 12, 15 a 17, 35 a 44 e 65 a 74 anos  
 PIP: 35 a 44 e 65 a 74 anos

**Sangramento Gengival**  
 0 - Ausência  
 1 - Presença  
 X - Excluído  
 9 - Não Examinado

**Bolsa Periodontal**  
 0 - Ausência  
 1 - Presença de Bolsa Rasa  
 2 - Presença de Bolsa Profunda  
 X - Excluído  
 9 - Não Examinado

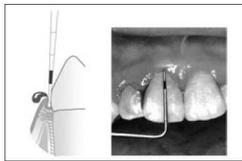
**Perda de Inserção (PIP)**  
 0 - Perda de 0 a 3 mm  
 1 - Perda entre 4 e 5 mm  
 2 - Perda entre 6 e 8 mm  
 3 - Perda entre 9 e 11 mm  
 4 - Perda de 12 mm ou mais  
 X - Excluído  
 9 - Não Examinado



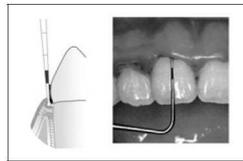
**CPI**

**Cálculo Dentário**  
 0 - Ausência  
 1 - Presença  
 X - Excluído  
 9 - Não Examinado

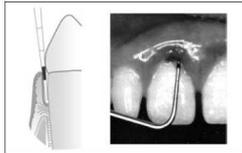
**PIP**



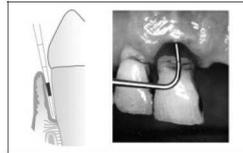
Presença de Sangramento Gengival



Presença de Cálculo Dentário



Presença de Bolsa Rasa (4 a 5 mm)



Presença de Bolsa Profunda (6 mm ou mais)

