

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

Francilia de Oliveira

SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COMUNITÁRIOS

GOIÂNIA
2016

Francilia de Oliveira

SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COMUNITÁRIOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maysa Ferreira Martins Ribeiro.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Francilia de Oliveira

SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COMUNITÁRIOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Aprovada em 19 de fevereiro de 2016.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Maysa Ferreira Martins Ribeiro
Presidente da banca - PUC Goiás

Prof.^a Dr.^a Ruth Losada de Menezes
Membro Efetivo, Universidade de Brasília

Prof.^a Dr.^a Adenicia Custodia Silva e
Souza
Membro Efetivo, Interno ao Programa - PUC Goiás

Prof.^a Dr.^a Priscila Valverde de
Oliveira Vitorino
Membro Suplente, Interno ao Programa - PUC Goiás

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo à minha amada mãe, Lia, pelos valiosos ensinamentos, aos meus amados filhos: Carolina, Vinícius e Vitor; e as minhas queridas noras: Ana Érica e Juliana pelo apoio nesta minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me abençoar e permitir a realização deste trabalho.

À Dra. Maysa que me orientou com sabedoria, humildade e paciência. O cuidado com os detalhes, o respeito e a sensibilidade com que conduz seu trabalho são admiráveis. Levarei os ensinamentos adquiridos em nossos encontros.

À professora Dra. Adenícia, coordenadora do Mestrado em Atenção à Saúde, pelo carinho e zelo com que nos atende.

À professora Dra. Vanessa pelas valiosas contribuições dadas ao estudo.

À Amanda, sempre com prontidão e eficiência às solicitações feitas pelos alunos, tornando a secretaria do MAS, um local receptivo e agradável.

Aos professores do MAS pelo conhecimento transmitido com alegria e competência, levo como exemplo de amor ao que faz.

Aos colegas mestrandos sempre solidários, permitindo um ambiente de troca e apoio, deixando saudades.

Ao Sr. Francisco Antônio Vitório Lima pelo apoio dentro da Secretaria Municipal de Saúde, que possibilitou minha dedicação aos estudos.

Ao Sr. Antônio Henrique de Souza Moreira Júnior pela liberação das minhas atividades e dedicação exclusiva aos estudos propostos.

À Sra. Ana Cristina Borelli, representando a Secretaria do Trabalho e Promoção Social, autorizou a realização da coleta de dados no programa escolhido.

À Sra. Lélia de Macedo Rocha, coordenadora do Programa Idade Viva, por proporcionar uma coleta de dados dentro de um ambiente agradável, respeitando os princípios éticos estabelecidos.

Aos idosos que participaram deste estudo, contribuindo para construção do saber, que muito me emocionaram e jamais serão esquecidos.

“Paremos de trapacear, o sentido de nossa vida está em questão no futuro que nos espera; não sabemos quem somos se ignorarmos quem seremos: aquele velho, aquela velha, reconhecamo-nos neles. Isso é necessário se quisermos assumir em sua totalidade nossa condição humana. Para começar, não aceitaremos mais com indiferença a infelicidade da idade avançada, mas sentiremos que é algo que nos diz respeito. Somos nós os interessados.”

Simone Du Beauvoir, 1976.

RESUMO

OLIVEIRA, F. **Saúde bucal e qualidade de vida de idosos comunitários**. 2016. 114 p. Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Brasil.

Dissertação construída na modalidade artigo científico. O primeiro artigo será submetido à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia com o título “Saúde bucal e qualidade de vida de idosos comunitários: revisão integrativa”. Objetivos: selecionar e analisar pesquisas que avaliaram o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de idosos comunitários por meio do questionário *Oral Health Impact Profile – short form* (OHIP-14). A metodologia foi a revisão integrativa da literatura, e foram analisados artigos em inglês, português e espanhol, publicados nos portais de periódicos: *United States National Library of Medicine* e Biblioteca Virtual em Saúde. A busca foi realizada no período de agosto a novembro de 2015, a amostra foi constituída por 10 artigos. A revisão revelou que a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos idosos sofre alta frequência de impacto, tais impactos são percebidos principalmente nos domínios do OHIP-14: Dor Física e Desconforto Psicológico. As maiores frequências de impacto e pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal estiveram associadas com: baixa renda, baixo grau de escolaridade, tipo de moradia, maior número de dentes perdidos, uso ou necessidade de próteses dentárias, tipo de serviço odontológico utilizado (urgência) e ao maior número de problemas de saúde geral. Concluiu-se que a utilização de instrumento capaz de mensurar a percepção de impacto das condições bucais sobre a qualidade de vida de idosos é um importante auxiliar e complementar do exame clínico, para o planejamento dos serviços odontológicos. O segundo artigo será submetido à revista Cadernos de Saúde Pública com o título “Qualidade de vida relacionada à saúde bucal em idosos comunitários”. Objetivos: avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, a correlação com a saúde geral e a influência dos fatores sociodemográficos e econômicos em idosos comunitários. O desenho foi o transversal analítico e a amostra composta por 224 idosos. Os instrumentos de coleta de dados foram: *Oral Health Impact Profile-14* para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal; *Short-Form Health Survey-36* para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde geral; questionário de avaliação sociodemográfica e o questionário e critério de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. A prevalência de impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida dos idosos foi de 83,9%, percebidos principalmente nos domínios: Dor física e Desconforto psicológico. A qualidade de vida medida pelo SF-36, mostrou os melhores resultados nas dimensões: Vitalidade, Saúde Mental e Aspectos Sociais; e o pior resultado, nos Aspectos Físicos. Ser do sexo feminino, ter de quatro a seis filhos, não ter transporte próprio e pertencer as classes econômicas com baixo poder de compra repercutem em pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal. A qualidade de vida relacionada à saúde geral mostrou ser pior nos idosos sem plano de saúde, analfabetos, com mais de sete filhos e com renda menor ou igual a um salário mínimo. A qualidade de vida relacionada à saúde bucal teve

fraca e inversa correlação com qualidade de vida relacionada à saúde geral, sugerindo que os impactos das condições bucais são pouco percebidos dentro do contexto socioeconômico vivido pelos idosos. Os resultados revelam a necessidade de planejamento e articulação dos serviços de saúde bucal, com a implementação de intervenções efetivas, preventivas, curativas e reabilitadoras; atuando, principalmente nos aspectos da dor e da invalidez causadas pelas condições bucais, visando a melhoria da qualidade de vida do idoso.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Qualidade de Vida; Idoso.

ABSTRACT

OLIVEIRA, F. Oral health and quality of life of community-dwelling elderly. 2016. 114 p. Masters Dissertation - Catholic University of Goiás, Goiânia, Brazil.

Dissertation built on the scientific paper mode. The first article will be submitted to the Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology titled "Oral health and quality of life of community-dwelling elderly: an integrative review". Objectives: select and analyze studies that assess the impact of oral health on quality of life of elderly community through questionnaire Oral Health Impact Profile - short form (OHIP-14). The methodology was the integrative literature review, and analyzed articles in English, Portuguese and Spanish, published on the websites of journals: United States National Library of Medicine and Virtual Health Library The search was conducted in the period August-November 2015 the sample consisted of 10 articles. The review revealed that the quality of life related to oral health of the elderly suffer high frequency of impact, these impacts are mainly perceived in the fields of OHIP-14: Pain Physical and Psychological discomfort. The greatest frequency impact and poorer quality of life related to oral health were associated with: low income, low education level, type of housing, more missing teeth, use or need for dental prostheses, type of dental service (emergency) and more general health problems. It was concluded that the use of instrument capable of measuring the perception of the impact of oral conditions on quality of life of the elderly is an important aid and supplement the clinical examination, for planning of dental services. The second article will be submitted to the Public Health Notebooks magazine with the title "Quality of life related to oral health in community-dwelling elderly." Objectives: To evaluate the quality of life related to oral health, the correlation with the overall health and the influence of sociodemographic and economic factors in community-dwelling elderly. The design was the analytical and cross-sample of 224 elderly. The data collection instruments were: Oral Health Impact Profile-14 to assess the quality of life related to oral health; Short-Form Health Survey-36 to assess the quality of life related to general health; sociodemographic questionnaire and the questionnaire and criterion of economic classification of the Brazilian Research Companies Association. The prevalence of impact of oral health on the quality of life of older people was 83.9%, mainly perceived in the areas: physical pain and psychological discomfort. Quality of life as measured by SF-36 showed the best results in the dimensions: Vitality, Mental Health and Social Aspects; and the worst result in the Physical Aspects. Being female, having four to six children, do not have own transport and belonging economic classes with low purchasing power have repercussions in poorer quality of life related to oral health. The quality of life related to general health proved to be worse in older people without health insurance, illiterate, with more than seven children and with income less than or equal to the minimum wage. The quality of life related to oral health was weak and inverse correlation with quality of life related to general health, suggesting that the impact of oral conditions are poorly perceived within the socioeconomic context lived by the elderly. The results reveal the need for planning and coordination of oral health services, with the

implementation of effective interventions, preventive, curative and rehabilitative; acting mainly on aspects of the pain and disability caused by oral conditions, aimed at improving the quality of life of the elderly.

Keywords: Oral Health; Quality of Life; Aged.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

Figura 1 -	Interação entre os componentes da CIF. Adaptação: OMS (2004)	27
Figura 2 -	Funcionalidade global x Idade	29
Figura 3 -	Mapa do Estado da Bahia – Brasil, limites e principais cidades	34
Figura 4 -	Fluxograma com as etapas metodológicas da revisão integrativa	45

Quadros

Quadro - 1	Descrição dos artigos de acordo com: autores, periódico, fator de impacto, ano e local de publicação, objetivos, métodos, instrumentos de avaliação e resultados, Goiânia-GO, 2015.	46
------------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das variáveis do perfil sociodemográfico e econômico dos idosos (n=224), oeste da Bahia, Brasil, 2015.	62
Tabela 2 -	Distribuição da pontuação nos domínios do questionário OHIP-14 aplicado nos idosos (n=224), oeste da Bahia, Brasil, 2015.	64
Tabela 3 -	Média, mediana e desvio padrão das dimensões do questionário SF-36 aplicado nos idosos (n=224), oeste da Bahia, Brasil, 2015.	64
Tabela 4 -	Distribuição dos domínios do questionário OHIP-14 em relação as variáveis do perfil sociodemográfico e econômico dos idosos (n=224), oeste da Bahia, Brasil, 2015.	65
Tabela 5 -	Média, mediana e desvio padrão das dimensões do questionário SF-36 em relação as variáveis do perfil sociodemográfico e econômico dos idosos (n=224), oeste da Bahia, Brasil, 2015.	66
Tabela 6 -	Correlação entre as dimensões dos questionários SF-36 e os domínios do questionário OHIP-14 dos idosos (n=224), do oeste da Bahia, Brasil, 2015.	67

LISTA DE SIGLAS

ABEP -	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AVD -	Atividades da Vida Diária
BPC -	Benefício da Prestação Continuada
CAAE -	Certificação de Apresentação e Apreciação Ética
CEO -	Centro de Especialidades Odontológicas
CF -	Constituição Federal
CIF -	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNDSS -	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde
CPOD -	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
DSS -	Determinantes Sociais de Saúde
EQ5D -	<i>EuroQol- five dimensions</i> (Qualidade de vida Europeu- 5 dimensões)
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia de Saúde da Família
FI -	Fator de Impacto
GM -	Gabinete Ministerial
GOHAI -	<i>Geriatric Oral Health Assessment Index</i> (Índice de Avaliação Geriátrica de Saúde Oral)
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBM -	<i>International Business Machines</i> (Máquinas de Negócios Internacionais)
MP -	Ministério Público

MPAS -	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS -	Ministério da Saúde
MUNIC -	Informações Básicas Municipais
OHIP-14 -	<i>Oral Health Impact Profile</i> (Perfil de Impacto de Saúde Oral)
OMS -	Organização Mundial de Saúde
OPAS -	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNI -	Política Nacional do Idoso
PNSI -	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI -	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNSBb -	Pesquisa Nacional de Saúde Bucal
PNSBa -	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF -	Programa de Saúde da Família
PUC -	Pontifícia Universidade Católica
QV -	Qualidade de vida
QVRS -	Qualidade de Vida Relacionado à Saúde geral
QVRSB -	Qualidade de Vida Relacionado à Saúde Bucal
SAS -	Secretaria de Atenção à Saúde
SF-36 -	<i>Short-Form Health Survey</i> (Pesquisa de Saúde-forma curta)
SPSS -	<i>Statistical Package of Social Scienses</i> (Pacote Estatístico de Ciências Sociais)
SUS -	Sistema Único de Saúde
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WHO - *World Health Organization* (Organização Mundial de Saúde)

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	16
2	INTRODUÇÃO	18
3	OBJETIVO GERAL	20
3.1	Objetivos específicos	20
4	REVISÃO DE LITERATURA	21
4.1	Legislação relacionada à saúde do idoso	21
4.2	Saúde, saúde bucal e qualidade de vida	24
4.2.1	Saúde	24
4.2.2	Saúde bucal	24
4.2.3	Qualidade de vida	25
4.3	Funcionalidade e envelhecimento	26
4.3.1	Funcionalidade	26
4.3.2	Envelhecimento	28
5	MÉTODO	31
5.1	Manuscrito 1	31
5.2	Manuscrito 2	32
5.2.1	Tipo e local de estudo	32
5.2.2	População e amostra	34
5.2.3	Critérios de inclusão	34
5.2.4	Critérios de exclusão	35
5.2.5	Procedimentos de coleta de dados	35
5.2.6	<i>Oral Health Impact Profile- OHIP14</i>	35
5.2.7	<i>Short Form Health Survey- SF36</i>	36
5.2.8	Avaliação sociodemográfica e econômica	37
5.2.9	Critérios de Classificação Econômica Brasil	38
5.2.10	Análise estatística	38
5.2.11	Aspectos éticos da pesquisa	38
6	RESULTADOS	40
6.1	Manuscrito 1	40
6.2	Manuscrito 2	57

7	CONCLUSÕES	76
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
	REFERÊNCIAS GERAIS	80
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	90
	APÊNDICE B - CARTA À SECRETARIA MUNICIPAL DE TRABALHO E PROMOÇÃO SOCIAL	91
	APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO	92
	ANEXO A - ENCAMINHAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DO TRABALHO E PROMOÇÃO SOCIAL	93
	ANEXO B - DECLARAÇÃO DA COORDENAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE	94
	ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-GOÍÁS	95
	ANEXO D - <i>ORAL HEALTH IMPACT PROFILE - 14</i>	97
	ANEXO E - <i>MEDICAL OUTCOME STUDY – SHORT FORM-36</i>	99
	ANEXO F - LICENÇA PARA USO DO SF- 36	105
	ANEXO G - CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL	106
	ANEXO H - INSTRUÇÕES AOS AUTORES - MANUSCRITO 1	108
	ANEXO I - INSTRUÇÕES AOS AUTORES - MANUSCRITO 2	111

1 APRESENTAÇÃO

Ao concluir o curso de odontologia em 1985 na UFRJ, logo iniciei minhas atividades em consultório particular. Não me identifiquei com o tipo de trabalho, algumas vezes chegava a pensar que tinha feito a escolha profissional equivocada.

Alguns anos depois, em 1991, conheci os serviços públicos de saúde em São Paulo e percebi que era neste ambiente que gostaria de exercer minha profissão. Em 1994, morando na Bahia e aprovada em concursos federal e municipal, dei continuidade à escolha feita, com a qual ainda me identifico.

Especializei-me em administração dos serviços de saúde, para melhor desempenhar as atividades exercidas no serviço público federal, porém serviu-me como ampliação dos conhecimentos sobre as organizações.

Os procedimentos realizados pelos dentistas, no âmbito do serviço público municipal, eram e ainda são mutiladores, com pouca ou quase nenhuma atividade preventiva e reabilitadora, o que muito me desagradava. Muita resistência foi enfrentada para realização de pontuais atividades educativas.

Realizei procedimentos preventivos e curativos, sem dificuldade em diversos públicos: bebês, crianças, gestantes, adolescentes, adultos e idosos; nas zonas urbana e rural; em unidade móvel de saúde, posto de saúde, Programa de Saúde da Família (PSF) e escolas.

Com o PSF, os atendimentos se tornaram mais eficientes com programas específicos para certas enfermidades, além de servir a uma determinada comunidade previamente cadastrada. O controle sobre os procedimentos realizados e o tão sonhado “tratamento concluído”, passaram então a ser possíveis.

Percebi que os idosos eram o grupo que menos procurava o serviço odontológico e, quando acontecia, era devido à dor. Então, minhas investigações iniciaram, tentando responder as inquietações sobre as necessidades e serviços de saúde bucal para idosos.

A experiência profissional dentro dos serviços de saúde pública durante vinte e cinco anos, motivaram a realização deste estudo. Esta longa prática clínica fez emergir diversos questionamentos e aguçou o desejo por respostas às questões levantadas. Estudar e documentar os achados, seguindo os protocolos de pesquisa, com a finalidade de embasar a implantação de serviços odontológicos públicos para idosos.

Após preparação, fiz a seleção do Mestrado em Atenção à Saúde da PUC-Goiás e trouxe meu projeto de pesquisa com o título: Saúde bucal para idosos.

Apresento este estudo elaborado na modalidade alternativa e composto por dois artigos científicos, onde o primeiro artigo é uma revisão integrativa com o objetivo analisar estudos que abordam o impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida de idosos comunitários e usam o questionário *Oral Health Impact Profile-14*; o segundo artigo é sobre a pesquisa de campo realizada por mim, em uma cidade do oeste baiano, com idosos da comunidade que, após esclarecimentos prestados pela pesquisadora, responderam aos questionários propostos.

Sinto-me honrada por ter tido a oportunidade de realizar este estudo e com os conhecimentos adquiridos poder embasar serviços de saúde bucal, específicos aos idosos da região. Na tentativa de contribuir para minimizar um pouco as grandes diferenças sociais existentes em nosso país e trazer um pouco de qualidade à vida dos idosos.

2 INTRODUÇÃO

A condição de saúde bucal da população idosa no Brasil não tem recebido a atenção merecida, os idosos carregam a herança de um modelo assistencial centrado em práticas curativas e mutiladoras, que resultou em um quadro precário com ausência de dentes, acúmulo de necessidades de tratamento e grande demanda por serviços protéticos. A histórica escassez de atenção odontológica a grupos não escolares resultou na necessidade de formulação de políticas para promoção de saúde bucal para pessoas idosas, a fim de que elas experimentem a vida com qualidade (MARTINS et al., 2008).

Apesar da ampliação da oferta e da cobertura da assistência odontológica no Brasil, a utilização deste serviço por idosos é inferior às outras faixas etárias. Além disso, a comparação entre os dois últimos levantamentos nacionais de saúde bucal, 2003 e 2010, revela que houve um aumento percentual de idosos que nunca foi ao dentista, 5,8% e 14,7% no primeiro e no segundo levantamentos, respectivamente (BRASIL, 2011).

O Projeto Saúde Bucal Brasil (PNSBb), último levantamento epidemiológico realizado no país teve por objetivos: conhecer a situação de saúde bucal da população brasileira urbana; subsidiar o planejamento e a avaliação das ações e serviços junto ao Sistema Único de Saúde (SUS); manter uma base de dados eletrônica para o componente de vigilância à saúde. Os dados relevantes encontrados para população na faixa etária de 65 a 74 anos foram: apenas 23,5% não usava algum tipo de prótese dentária superior, a porcentagem de usuários de prótese total foi de 63,1%, a proporção de indivíduos nesta faixa etária que não necessitava de prótese dentária foi igual a 7,3%, a prevalência de necessidade de tratamento dentário foi de 46,6% e a prevalência de dor de dente foi de 10,8%, o motivo mais citado da última consulta ao dentista foi de 46,2% para os que buscaram o serviço odontológico para extração dentária e 24,9% para tratamento. Quanto ao impacto das condições de saúde bucal sobre a vida diária dos idosos, 46% relataram algum impacto e o mais prevalente foi o da dificuldade de comer, quando comparado aos outros impactos: incômodo para escovar os dentes, apresentar-se irritado ou nervoso e vergonha para sorrir (BRASIL, 2011).

Percebe-se a carência de pesquisas com o foco que queremos imprimir neste estudo, que é o de avaliar o impacto condições das saúde bucal sobre a

qualidade de vida de idosos da comunidade. Vale destacar que as publicações nesta área avaliaram principalmente idosos institucionalizados.

Idosos da comunidade residem em seus domicílios ou de familiares, a maioria é capaz de desempenhar suas atividades básicas e instrumentais de vida, como deslocar-se até a unidade de saúde, comunicar-se com os profissionais da saúde, compreender e reproduzir as informações recebidas, cerca de 99% da população de idosos no Brasil são comunitários (CAMARANO; KANSO, 2010).

Os resultados deste estudo permitirão conhecer a percepção que os idosos comunitários, desta região, têm quanto à relação entre a condição de saúde bucal e a qualidade de vida. Outros possíveis desdobramentos da pesquisa seriam: orientar estratégias de intervenção para esta população e informar políticas públicas de saúde.

3 OBJETIVO GERAL

- Avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de idosos comunitários.

3.1 Objetivos específicos

- Realizar revisão integrativa sobre impacto da saúde bucal na qualidade de vida de idosos da comunidade.
- Avaliar a qualidade de vida em relação às condições de saúde bucal;
- Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde geral;
- Avaliar a influência dos aspectos socioeconômicos e demográficos sobre a qualidade de vida relacionada às condições de saúde bucal;
- Avaliar a influência dos aspectos socioeconômicos e demográficos sobre a qualidade de vida relacionada à saúde geral;
- Correlacionar qualidade de vida relacionada às condições de saúde bucal com a qualidade de vida relacionada à saúde geral.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Legislação relacionada à saúde do idoso

Este item tem por objetivo descrever, resumidamente os principais documentos legais e programas relacionados com a saúde do idoso, na ordem cronológica em que foram instituídos ou criados.

A Constituição da República Federativa do Brasil, elaborada por representantes escolhidos pelo povo em Assembleia Nacional Constituinte, foi promulgada em 5 de outubro de 1988, é a lei máxima em vigor no país. Além de garantir os direitos fundamentais dos cidadãos brasileiros, também estabelece a estrutura, procedimentos, poderes e deveres do governo, nas esferas federal, estadual e municipal (BRASIL, 1988). Através de Emendas Constitucionais, Decretos, Portarias e Leis Complementares está em constante adaptação às necessidades administrativas.

A Constituição Federal (CF) em seu Título VIII, Capítulo II, Seção II trata da Saúde, dos Artigos 196 ao 200. Dispõe:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.130).

O Título VIII, Capítulo VII da CF trata da família, da criança, do adolescente, do jovem e do idoso. Em seus Artigos 229 ao 230 deixa claro que o dever de assistência aos idosos não é só da família, mas também da sociedade e do Estado; assegurando proteção, participação e dignidade. O inciso 2º do Art. 230 estabelece a idade mínima para ser considerado idoso como sessenta anos. Alguns programas e ações como: Benefício de Prestação Continuada e acesso gratuito aos transportes públicos prevalecem para os maiores de sessenta e cinco anos: (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS), embasado na CF e criado através da Lei nº 8.080, tem como objetivo: promover atenção abrangente e universal, preventiva e curativa, por meio da gestão e prestação descentralizadas de serviços de saúde, contando com a participação da comunidade em todos os níveis de governo (BRASIL, 1990).

O Programa de Saúde da Família (PSF) criado em 1994 visando a cobertura das áreas de maior risco social, aos poucos tomou centralidade na agenda governamental e adquiriu em 1999 o status de estratégia do Ministério da Saúde,

quando passou a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (ESCOREL et al., 2007).

A Política Nacional do Idoso (PNI), promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito a saúde nos diversos níveis de atendimento no SUS, através da Lei nº 8.842/94 e do Decreto nº1.948/96, respectivamente (BRASIL, 1994; BRASIL, 1996).

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), foi anunciada em 1999 através da Portaria Ministerial nº 1.395, determinando que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovessem a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades conforme as diretrizes e responsabilidades estabelecidas. Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (BRASIL, 1999).

Considerando a necessidade de promover ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da população idosa e em conformidade com a PNI; o Ministro da Saúde, através da Portaria nº 702 de 12 de Abril de 2002, cria os mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Estabelece que todos os hospitais cadastrados pelo SUS, com as condições necessárias para a assistência geral, hospitalar e ambulatorial aos pacientes idosos, podem participar da Rede. Determina ainda que as Secretarias de Saúde devem estabelecer os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contra referência dos pacientes idosos e adotar as providências necessárias para uma articulação assistencial entre a Rede constituída e a rede de atenção básica e o PSF (BRASIL, 2002a).

O Estatuto do Idoso define os direitos da pessoa idosa e estabelece mecanismos de defesa dos mesmos pelo Ministério Público, com as normas às instituições de abrigo e sanções aos que infringem tais direitos. É considerado como a grande conquista do movimento dos idosos e do Estado, e se constitui no instrumento jurídico formal mais completo, no que tange a cidadania deste segmento populacional (BRASIL, 2003).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSBa), mais conhecido pelo Programa Brasil Sorridente, constitui-se num marco histórico quando incorpora a

saúde bucal na agenda em discussão desde o Movimento da Reforma Sanitária e traduz, em seus pressupostos operacionais, princípios do Sistema Único de Saúde. Inclui, em seus objetivos, o aumento da proporção de brasileiros adultos e idosos com um nível satisfatório de qualidade de vida relacionada à saúde bucal (BRASIL, 2004).

A composição multidisciplinar do PSF permitiu ampliação com a inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) em 2003, desenvolvendo atendimento odontológico individual e coletivo, preventivo e curativo; os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) criados em 2005, possibilitou fornecer aos usuários do SUS maior integralidade nas ações de saúde bucal ao incluir procedimentos que exigiam tecnologia dura (BRASIL, 2005).

O Pacto pela Saúde documentado através da Portaria nº 399/GM em 2006, contemplam o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. No Pacto pela Vida, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades acordadas entre as três esferas de governo. Assim, fortalecendo algumas das diretrizes da PNSI com relação as ações de promoção, proteção, recuperação e inclusão do idoso em programas de saúde e sociais (BRASIL, 2006).

A criação da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS) e do Grupo de Trabalho Interssetorial, composto por diversos Ministérios relacionados com os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), além dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (CONASS e CONASEMS), teve o objetivo de realizar um trabalho articulado, que permita a multiplicação de ações integradas entre as diversas esferas da administração pública; e que as já existentes ganhem maior coerência e efetividade. A CNDSS possui todas as condições para promover uma ampla tomada de consciência da nossa sociedade sobre as graves iniquidades de saúde que ainda persistem e que somente poderão ser combatidas com intervenções sociais (BRASIL, 2006).

A organização e estruturação da atenção em Redes de Atenção à Saúde é uma diretriz do SUS orientada pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que apresenta os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização, visando assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita, com efetividade e eficiência. A organização do cuidado das pessoas idosas deve ser articulada em rede, no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas. A organização e o financiamento desse cuidado devem ser pactuados nas Comissões Intergestores (BRASIL, 2010).

O governo federal instituiu uma Comissão Interministerial estabelecendo o compromisso nacional para o Envelhecimento Ativo orientadas pelas diretrizes da política nacional do idoso PNI e em consonância com o Estatuto do Idoso, com o objetivo de monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação (BRASIL, 2013).

4.2 Saúde, saúde bucal e qualidade de vida

4.2.1 Saúde

A saúde definida como “o estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doenças e enfermidades”, pertence ao paradigma biomédico onde a maioria das investigações focam nos aspectos físicos das doenças, como medidas de mortalidade e morbidade (OMS, 1948, p. 1).

As experiências individuais e as suas consequências na vida diária das pessoas dão uma nova dimensão ao conceito de saúde, relacionando-o com qualidade de vida. Assim, saúde é definida como a “experiência subjetiva de uma pessoa em relação ao seu bem estar funcional, social e psicológico”; pertencendo ao paradigma socioambiental, comprometido com o desenvolvimento de maneiras de medir percepções, sentimentos e comportamentos (LOCKER, 1997, p. 15).

Para Ferriolli (2008) saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de moradia e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo da vida, ambiente físico limpo, apoio social às famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um elenco adequado de cuidados de saúde.

4.2.2 Saúde bucal

A definição de saúde bucal como “uma dentição confortável e funcional que permite aos indivíduos continuar em seus papéis sociais desejados”, traz como componentes o conforto, a função e o papel social, localizando a saúde no terreno pessoa-centrada mais do que boca-centrada (DOLAN, 1993, p. 36).

A saúde bucal é muito mais do que ter bons dentes, faz parte da saúde geral, essencial para o bem estar das pessoas, e implica em estar livre de dor, de alterações nos tecidos duros e moles e de enfermidades que afetem o complexo craniofacial. Possibilitando falar, sorrir, beijar, tocar, cheirar, saborear, mastigar,

deglutir e gritar, além de proteger contra infecções e ameaças. As principais doenças bucais são: a cárie dentária, a doença periodontal, a má oclusão dentária, as fissuras labiopalatais, o câncer de boca, a fluorose dentária, o traumatismo bucomaxilofacial e a cárie radicular (WHO, 2003).

Para Narvai e Frazão (2008) saúde bucal corresponde a um conjunto de condições, objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas), que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação e, também, pela dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a autoestima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento. Portanto, condições para que o indivíduo exerça as funções mencionadas do modo que lhe pareça adequado e lhe permita sentir-se bem, contribuindo desta forma para saúde geral.

4.2.3 Qualidade de vida

A questão da qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente, e o conjunto de políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao denominado setor saúde (MINAYO, 2000).

A qualidade de vida é tratada sob os mais diferentes olhares, seja pela ciência com suas várias disciplinas, pelo senso comum, pelo ponto de vista objetivo ou subjetivo, por abordagem individual ou coletiva. No âmbito da saúde, qualidade de vida centraliza-se na capacidade do indivíduo de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade (MINAYO, 2000).

Qualidade de vida é definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores onde vive; e em relação ao seu objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito de larga abrangência, afetando de modo complexo a saúde física de uma pessoa, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relações com características salientes do ambiente (WHO, 2003).

O conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima e ao bem estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos

e religiosidade, estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que vive (CIF, 2004).

4.3 Funcionalidade e envelhecimento

4.3.1 Funcionalidade

A funcionalidade compreende todas as funções do corpo e a capacidade do indivíduo de realizar atividades e tarefas importantes da vida diária, bem como sua participação na comunidade. Na negativa da funcionalidade encontra-se a incapacidade, que inclui as diversas manifestações de uma doença e seus prejuízos nas funções do corpo, dificuldades no desempenho de atividades diárias e desvantagens na relação do indivíduo com a sociedade (OMS, 2004).

Os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, traumas, etc.) e os fatores contextuais (pessoais e ambientais) interagem numa dinâmica e configuram a funcionalidade, que é composta por três elementos: corpo, atividades e participação (OMS, 2004).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pertence às classificações internacionais desenvolvidas pela OMS, podendo ser aplicada em vários aspectos da saúde. As consequências das doenças deixam de ser o foco principal para dar lugar à uma nova abordagem, que prioriza a funcionalidade como um elemento da saúde e reconhece a influência dos fatores ambientais para a execução das atividades da vida diária (WHO, 2001).

A utilização da CIF aponta informações relevantes sobre a qualidade da assistência prestada e sobre os fatores contextuais que influenciam na saúde e na recuperação do indivíduo. Portanto, esta classificação tem múltiplas finalidades, tais como a de fornecer uma base científica para o entendimento e o estudo da saúde; estabelecer uma linguagem comum a ser utilizada pelos usuários e profissionais da saúde; além de influenciar e motivar a produção científica da área, ao promover o desenvolvimento de novas avaliações e condutas (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Numa abordagem biopsicossocial, a CIF incorpora os componentes de saúde nos níveis corporais e sociais. Neste modelo, como mostra a figura 1, cada nível age sobre e sofre a ação dos demais, sendo todos influenciados pelos fatores contextuais. Permitindo múltiplas perspectivas para descrever a funcionalidade e a incapacidade como um processo interativo e evolutivo (SAMPAIO et al., 2005).

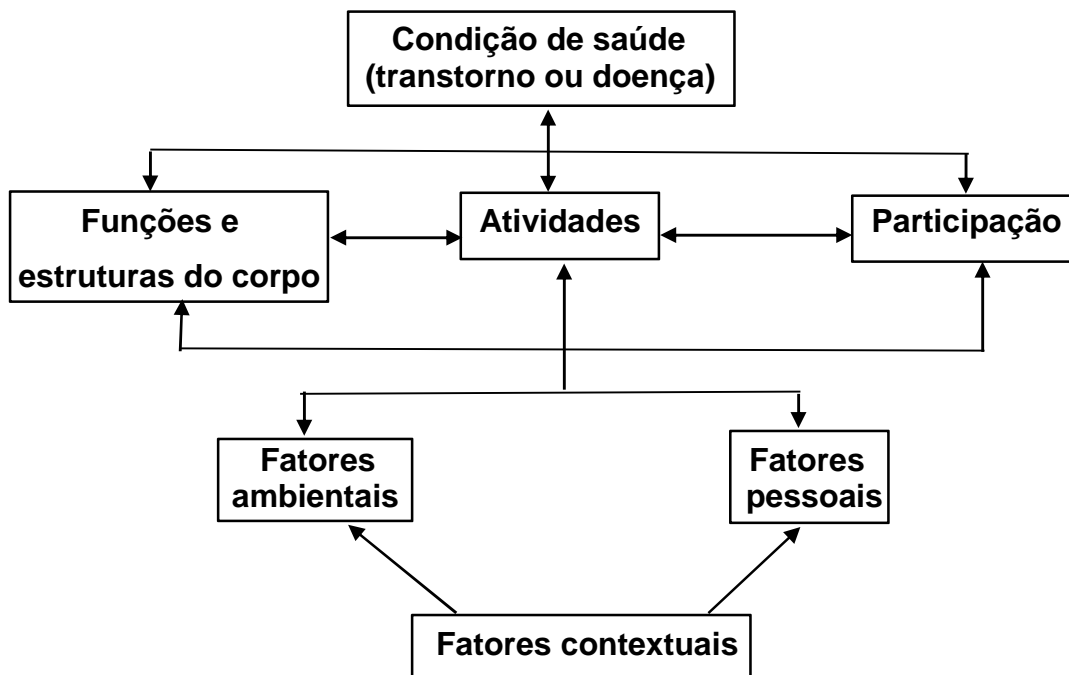


Figura 1 – Interação entre os componentes da CIF. Adaptação: OMS (2004)

A avaliação do nível de funcionalidade e incapacidade associadas a uma condição de saúde bucal orienta a prática do profissional de Odontologia. No caso da perda de um elemento dentário, o uso da CIF torna possível avaliar o impacto dessa condição de saúde bucal, observando-se as funções alteradas (sugar, morder, mastigar, dor, funções emocionais); as atividades e participação afetadas (falar, comer, cuidado dos dentes, necessidade de afastamento do trabalho), bem como os fatores ambientais que atuam como facilitadores (medicamentos, alimentos) ou barreiras (acesso ao serviço odontológico) para a recuperação da saúde bucal (OMS, 2004).

Os fatores contextuais (ambientais e pessoais) ao serem considerados nos processos de funcionalidade e incapacidade, permitem incorporar o ambiente e as expectativas individuais, assegurando que as questões levantadas sejam de relevância para o indivíduo. Tais fatores afetam a condição de saúde bucal de um indivíduo e tal conhecimento pode favorecer a definição de áreas prioritárias, no planejamento de ações de educação em saúde bucal. Ao descrever a experiência de saúde de qualquer pessoa é possível considerar também a aplicação da CIF em exames periódicos, contribuindo para o acompanhamento da situação de saúde

durante o período de vida de um indivíduo, favorecendo a proteção e a promoção da saúde (SAMPAIO et al., 2005; TOGNA et al., 2015).

4.3.2 Envelhecimento

Idosos são os indivíduos com mais de sessenta anos de idade, nos países em desenvolvimento; e com mais de sessenta e cinco anos de idade em países desenvolvidos (WHO, 2002).

A Organização Pan-Americana de Saúde definiu envelhecimento como:

Um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (OPAS, 2003, p.30).

Contrapondo-se ao conceito de gestão de perdas, o envelhecimento é visto como uma relação biopsicossocial, que envolve as trajetórias individuais, familiares, sociais e culturais ao longo do tempo de vida; situando-se em uma categoria que não é homogênea para todos e nem um processo de via única, mas inserido nas transições contraditórias de mudanças demográfica, social, cultural e epidemiológica de cada povo (GOLDMAN; FALEIROS, 2008).

O envelhecimento como um processo complexo que ocorre em cada pessoa, individualmente, mas condicionado a fatores sociais, culturais e históricos, que vão rebater na sociedade como um todo, envolvendo os idosos e as várias gerações. Por seu caráter multifacetado, o envelhecimento abarca múltiplas abordagens: físicas, emocionais, psicológicas, sociais, econômicas, políticas, ideológicas, culturais, históricas, dentre outras. A conjuntura marca as diversas formas de viver e de conhecer o envelhecimento, assim como as determinações culturais tomam formas diferenciadas no tempo e no espaço. Outro diferencial se refere à posição de classe social que os indivíduos ocupam (GOLDMAN, 2003, p. 71).

O Plano de Ação sobre a Saúde dos Idosos e Envelhecimento Ativo e Saudável, organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde, estabeleceu compromissos dos governos com a saúde da população idosa da América Latina e Caribe. Os Ministros da Saúde dessa região, inclusive do Brasil, definiram agenda de saúde para as Américas 2008-2017 e recomendaram que “a manutenção da funcionalidade dos idosos deve ser objeto de programas de saúde, especialmente dirigidos a esse grupo”, sendo prioritária a formação dos profissionais que trabalham com tecnologias próprias para atenção ao envelhecimento. Além disso, destacou-se

que a combinação de subsídios econômicos, alimentação e intervenções de saúde possuem resultados positivos para a adesão dos idosos aos programas de saúde (BRASIL, 2014).

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos (senescência) o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência (senilidade). Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo (BRASIL, 2006).

Envelhecimento é o termo utilizado para indicar as transformações que todos seres vivos passam com o decorrer dos anos, considerado uma involução morfológica e funcional que afeta a maioria dos órgãos, em um declínio gradual no desempenho funcional dos indivíduos, culminando com a morte, como mostrado na figura 2 (MORAES, 2008).

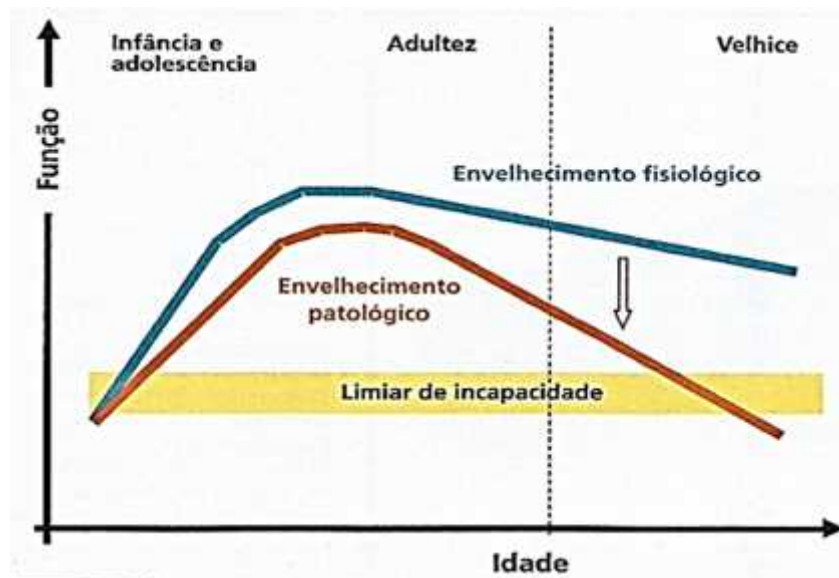


Figura 2 – Funcionalidade global x Idade (MORAES, 2008).

Para Guita Grin, a chamada terceira idade e os movimentos que se organizam em torno dela, indicam mudanças radicais no envelhecimento, ao deixar de ser compreendido como decadência física, perda de papéis sociais e retraimento.

O número de programas para terceira idade (centros de convivência, escolas e universidades abertas) no país cresceu de maneira impressionante. Em tais programas, as etapas mais avançadas da vida são consideradas momentos propícios para novas conquistas, guiadas pela busca do prazer e da satisfação pessoal. Encorajando a busca da auto expressão e a exploração de identidades, abrindo espaços para que a experiência de envelhecimento possa ser vivida de maneira inovadora (DEBERT, 2012).

É importante sinalizar que o envelhecimento não é sinônimo de incapacidades e dependência, mas de maior vulnerabilidade, requerendo cuidados que considerem as especificidades da população que envelhece. O processo de envelhecimento é natural, irreversível e individual, marcado pela heterogeneidade entre os idosos, em função de suas características sociais, pessoais, econômicas e culturais que foram estruturando ao longo da vida. Nessa perspectiva, a OMS considera como determinantes do envelhecimento ativo a situação econômica e social, as condições de saúde, o comportamento em saúde, o ambiente físico e a provisão de serviços de saúde (BRASIL, 2014).

5 MÉTODO

Dissertação construída na modalidade artigo científico e consta de dois artigos.

5.1 Manuscrito 1

Trata-se de uma revisão integrativa, método de pesquisa que permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área de estudo, inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte à tomada de decisão, melhoria da prática clínica e planejamento dos serviços, possibilitando síntese do estado do conhecimento sobre um determinado assunto, além de apontar lacunas a serem preenchidas com novos estudos (SOUZA, 2010).

Nos portais da Biblioteca Virtual em Saúde (Descritores em Ciências da Saúde- DeCS) e da *United States National Library of Medicine* (Medical Subject Headings- MeSH) foram identificados os seguintes descritores: *oral health, quality of life, aged*; saúde bucal, qualidade de vida, idosos e *salud bucal, calidad de vida, anciano*. Utilizou-se também, além destes descritores controlados, um descritor não controlado o *Oral Health Impact Profile(OHIP-14)* com a finalidade de refinar a busca. O operador booleano utilizado foi AND.

A seleção dos estudos foi guiada pelo objetivo principal e por critérios diretamente ligados ao título. Incluiu pesquisas que investigaram saúde bucal e qualidade de vida de idosos comunitários através do questionário OHIP-14, publicados em inglês, português e espanhol, nos últimos dez anos a fim de obter estudos mais recentes. A busca foi realizada no período de agosto a novembro de 2015.

O OHIP-14 possibilita avaliar disfunção, desconforto e incapacidade relacionada à saúde bucal com 14 questões, agrupadas duas a duas e compondo sete dimensões (limitações funcionais, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social, invalidez). Pontuado por meio de uma escala tipo *Likert* de 0 a 4 para cada questões: nunca = 0, raramente = 1, às vezes = 2, frequentemente ou muitas vezes = 3, sempre = 4; a resposta, não sabe, invalida ou exclui todo formulário. Quanto maior a pontuação, maior é o impacto percebido pelo indivíduo dos problemas na sua condição bucal e sobre sua qualidade de vida (SLADE, 1997).

Foram excluídos os artigos que estudaram outros grupos etários que não os idosos (acima de 60 anos), artigos que estudaram idosos institucionalizados, artigos que estudaram pacientes psiquiátricos, artigos que tratavam de síndromes como HIV, artigos sobre outras especialidades odontológicas que não a gerontologia artigos que tratavam da validação de questionários, artigos em idiomas diferentes dos incluídos, revisões de literatura, teses, dissertações, editoriais e artigos repetidos.

Inicialmente, obteve-se 382 títulos, após aplicar os filtros: 10 anos e humanos, restaram 340 estudos. Em seguida, aplicados os critérios de inclusão e exclusão na leitura do títulos e resumos; ficando 26 artigos para serem lidos na íntegra. Destes, 10 artigos compuseram a seleção final. A figura 1 na pag. 44, apresenta a trajetória de seleção dos estudos com a combinação dos descritores, o total de títulos, filtros utilizados, critérios de exclusão, seleção parcial e seleção final.

A análise minuciosa dos artigos possibilitou a construção do quadro 1 na pag. 45, com as seguintes informações: autores, ano de publicação, periódico de publicação, fator de impacto do periódico, tipo de estudo, objetivos, características da amostra, metodologia, instrumentos utilizados para avaliar o impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida, resultados; além também da análise crítica do texto.

5.2 Manuscrito 2

5.2.1 Tipo e local de estudo

Estudo transversal e analítico realizado em um município localizado no oeste da Bahia, a 600 km de Brasília-DF e a 900 km da capital Salvador e foi selecionada por apresentar condições favoráveis à pesquisadora, como o fato de ser a cidade que possui o único centro de convivência para idosos na região e o número de participantes permitir uma coleta adequada.

Segundo pesquisa realizada pelo Suplemento de Assistência Social da Pesquisa de Informações Básicas Municipais - MUNIC, aproximadamente $\frac{1}{4}$ dos municípios brasileiros contava com centros de convivência; exceto nas regiões Norte e Nordeste. Nas regiões Centro Oeste e Sul, estavam presentes em 42,3% e 33,0% dos municípios respectivamente. Tais centros predominam devido ao baixo custo envolvido na manutenção desse tipo de modalidade e a valorização do envelhecimento saudável (IBGE, 2013).

A MUNIC prevê que o atendimento nos centros de convivência deve ser de quatro a oito horas semanais, destinados à permanência diurna e desenvolvimento de atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania.

Os centros de convivência são voltados, principalmente, para atividades de lazer e convívio social, destinados aos idosos da comunidade mesmo que o idoso requeira algum equipamento de autoajuda. Estes centros encontram-se classificados, de acordo com o grau de autonomia dos idosos, na Modalidade I (IBGE, 2009).

Os centros de convivência estão presentes em mais da metade dos municípios brasileiros, sendo o maior número destes centros localizados nas regiões Centro-oeste e Nordeste; e as com menor número, Sul e Sudeste (IBGE, 2013).

O Programa Idade Viva foi criado no ano de 2008, inicialmente através da Secretaria de Saúde e atualmente está sob a coordenação da Secretaria do Trabalho e Promoção Social da cidade selecionada para esta pesquisa; funciona em uma casa ampla, com várias salas que oferecem privacidade adequada a aplicação dos questionários, possui uma agradável área verde ao redor, piscina, árvores; e está situado em um bairro bem tranquilo.

Os idosos participantes do Programa são provenientes de vários bairros da cidade, para cada dia da semana alguns bairros estão agendados; existe um cronograma de atividades como: palestras de orientação em áreas como a do Direito e da Saúde, aulas de artesanato, canto, dança de salão, ginástica, nutricionista, fisioterapeuta e consulta médica especializada. O Programa conta com ônibus para os idosos que necessitam de transporte, fornece lanche, possui vários profissionais como: médico geriatra, professores de artes e educação física, pessoal de limpeza, cozinheira, motorista; funciona apenas no período matutino.



Figura 3 – Mapa do Estado da Bahia – Brasil, com seus limites e principais cidades (IBDE, 2010)

5.2.2 População e amostra

A população total do município escolhido é de 137 mil habitantes, segundo o último Censo Demográfico, realizado em 2010. O grupo acima de 60 anos é composto por 15.425 indivíduos, dos quais 1.265 estão cadastrados no Programa Idade Viva e em torno de 600 frequentam com regularidade. A amostra será composta pelos indivíduos que estiverem dentro dos critérios de inclusão e exclusão, deste estudo. O tamanho da amostra considerando um nível de significância de 95% ($p < 0,05$) será de 204 indivíduos, acrescida de 10% para possíveis perdas, resultando em 224 participantes.

5.2.3 Critérios de inclusão

- Ter 60 anos ou mais de idade;
- Ser comunitário;
- Frequentar o Programa Idade Viva de um município no oeste da Bahia;

5.2.4 Critério de exclusão

- Não possuir capacidade cognitiva suficiente para compreender e responder aos questionários que serão utilizados.

5.2.5 Procedimentos de coleta de dados

A pesquisadora solicitou à Secretaria Municipal do Trabalho e Promoção Social autorização para realizar o estudo (APÊNDICE B). A secretaria concedeu a permissão requerida (ANEXO A). Tais documentos foram apresentados à coordenação do Programa Idade Viva, que concordou em colaborar com as necessidades exigidas para coleta de dados (ANEXO B).

A pesquisadora informou aos participantes do Programa Idade Viva, o tema e os objetivos da pesquisa, a forma de coleta de dados e os destinos possíveis dos resultados obtidos; por meio de reuniões com cada grupo frequentador.

Foram realizadas 224 entrevistas, exclusivamente pela pesquisadora, todas com a prévia assinatura pelo idoso ou responsável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aplicação dos questionários selecionados. As entrevistas foram realizadas individualmente e em local reservado dentro do centro de convivência, de acordo com a rotina dos participantes e a programação das atividades. As perguntas de cada questionário eram lidas e explicadas a fim de evitar dúvidas; e em seguida, preenchidos pela pesquisadora de acordo com a resposta dada pelo idoso. Cada entrevista teve a duração média de quarenta minutos.

Os procedimentos de coleta de dados se deram após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Goiás (ANEXO C). Os instrumentos selecionados foram: o questionário OHIP-14, o SF-36, o questionário sociodemográfico e econômico e o Critério de Classificação Econômica Brasil da ABEP.

5.2.6 *Oral Health Impact Profile* – OHIP-14

Slade e Spencer em 1994, desenvolveram o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), para possibilitar uma avaliação da disfunção, desconforto e incapacidade relacionada à saúde bucal. De um total de 535 afirmações sobre as consequências de distúrbios bucais, foram selecionadas 49 declarações, após análise das entrevistas de uma amostra composta de 328 pessoas. Essas afirmações foram

subdivididas em limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e invalidez. Em seguida, foi atribuído, através de teste estatístico, um peso referente à sua importância relativa, e as afirmações foram então convertidas em 49 perguntas, que deveriam ser respondidas com as opções: sempre, frequentemente, às vezes, raramente, nunca e não sei (ANEXO D).

Slade em 1997, publicou um trabalho no qual descreveu uma versão curta do OHIP, derivada da versão original (SLADE; SPENCER, 1994), bem como sua confiabilidade e validade. Concluiu-se que o OHIP-14 contém questões que mantiveram os conceitos dimensionais de saúde do questionário original, sugerindo que esse novo instrumento poderia ser útil para quantificar o nível de impacto das condições bucais sobre a qualidade de vida dos pacientes. Sua confiabilidade e validade também foram testadas e aprovadas (VIEIRA, 2003). A validade desse indicador de qualidade de vida também foi comprovada a partir de dados longitudinais do mesmo estudo; e observou-se uma correlação positiva entre os valores obtidos com o OHIP, a percepção da necessidade de tratamento e o impacto social. O OHIP é considerado um instrumento específico de medida de saúde bucal. No Brasil, vários autores utilizaram e testaram a confiabilidade e validade deste instrumento (VIEIRA, 2003; OLIVEIRA, NADANOVSKY, 2005).

O OHIP-14 é um instrumento com várias versões linguísticas e culturais, possui como principais vantagens: diversos domínios, instrumento breve, de rápida administração e cotação, apresenta valores de corte, permitindo avaliar a gravidade, extensão e prevalência dos impactos negativos numa única administração. Acrescenta-se ainda que os itens resultam da contribuição de pacientes, e não somente de investigadores, aumentando a probabilidade de conseguir explorar as consequências consideradas como importantes pelos pacientes (AFONSO; SILVA, 2015)

5.2.7 *Short-Form Health Survey -SF-36*

Atualmente, o *Medical Outcome Study 36 – Item Short-Form Health Survey* (SF-36) é o instrumento genérico de medida de qualidade de vida em saúde mais utilizado. Possui oito dimensões que representam aquelas mais frequentemente medidas em saúde, mais afetadas pela doença e medidas terapêuticas. O SF-36 é um dos instrumentos de maior aceitação mundial devido à sua fácil aplicação,

abrangência e compreensão. É frequentemente aplicado sob a forma de entrevista (CASTANHARO, 2011).

O SF-36 é formado por 36 itens divididos em oito dimensões ou componentes, na versão traduzida e adaptada culturalmente para o Brasil. Foi validado por Ciconelli et al. (1999), mostrou-se adequado às condições socioeconômicas e culturais da população brasileira. Apresenta um escore final de zero a cem, no qual zero corresponde a um pior estado geral de saúde e cem a um melhor estado de saúde (ANEXO E).

Estas dimensões são designadas: Capacidade Funcional: capacidade de realizar as mais variadas atividades físicas do cotidiano; Aspectos Físicos: extensão com a qual a saúde física interfere nas atividades diárias; Dor: presença de dor nas últimas quatro semanas; Estado Geral de Saúde: percepção global da própria saúde; Vitalidade: energia geral ou nível de fadiga nas quatro semanas prévias; Aspectos Sociais: extensão com a qual a saúde interfere nas atividades sociais; Aspectos Emocionais: extensão com a qual os problemas emocionais interferem nas atividades diárias e Saúde Mental: humor global nas últimas quatro semanas, além de uma questão de comparação entre a saúde atual e de um ano atrás (CICONELLI et al., 1999).

As dimensões avaliadas pelo SF-36 podem ser divididos em dois grupos que objetivam visualizar, de forma genérica, os fatores envolvidos em diversas patologias, compreendidos por: 1. Componente físico: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor e Estado Geral de Saúde; 2. Componente mental: Vitalidade, Saúde Mental, Aspectos Emocionais e Aspectos Sociais (CICONELLI et al., 1999).

A autorização para utilizar este questionário foi solicitada pela pesquisadora e concedida pela empresa administradora OPTUM (ANEXO F)

5.2.8 Avaliação sociodemográfica e econômica

Este questionário tem por finalidade fornecer dados como: sexo, idade, estado civil, profissão, escolaridade, número de filhos, residência própria, transporte próprio, renda, plano de saúde, suporte da comunidade, serviços de saúde utilizados. Estes dados foram quantificados para traçar o perfil socioeconômico e demográfico do grupo e correlacionar com os objetivos do estudo (APÊNDICE C).

5.2.9 Critérios de Classificação Econômica Brasil – CCEB

O Critério de Classificação Econômica Brasil estima o poder de compra das pessoas e das famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida é de classes econômicas que variam de A1 a E de acordo com a pontuação obtida no questionário. A classificação fornecerá parâmetros econômicos a serem correlacionados com os objetivos da pesquisa (ANEXO G).

5.2.10 Análise dos dados

Os dados foram plotados em planilha com a utilização do software *Microsoft Excel 2007*. O conjunto total de dados foi analisado com a utilização do Programa *IBM Statistical Package of Social Sciences - SPSS*, versão 16.0. Os resultados foram considerados significativos para uma probabilidade de significância inferior a 5% ($p < 0,05$), tendo pelo menos 95% de confiança nas conclusões apresentadas. A influência das variáveis do perfil sociodemográfico em relação aos domínios dos questionários SF-36 e OHIP-14 foi avaliada através dos testes Qui-Quadrado, U de *Mann-Whitney* e *Kruskal Wallis*, para dados não paramétricos (não normais), confirmados pelo teste *Kolmogorov-Smirnov*. Para correlação entre os domínios dos questionários OHIP 14 e SF-36 foi utilizado o teste *Spearman's*.

A consistência interna do instrumento SF-36 foi verificada por meio do Coeficiente Alfa de *Cronbach* () e encontrado o valor 0,911 considerado muito bom para uma pesquisa exploratória, mostrando que os dados são confiáveis e o instrumento tem boa qualidade para interpretação.

5.2.11 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto registrado na Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, foi aprovado em 24 de setembro de 2014 com Parecer n. 828.999 (ANEXO C). Os idosos participaram voluntariamente deste estudo e puderam retirar o consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Os resultados se tornarão públicos e serão apresentados na forma de trabalho de conclusão de curso, divulgação em eventos e artigos científicos. Comprometemo-nos também a apresentar os resultados, no Programa Idade Viva, do

município do oeste da Bahia escolhido neste estudo, na forma de apresentação individual e/ou coletiva.

6 RESULTADOS

6.1 Manuscrito 1- A ser submetido à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COMUNITÁRIOS: REVISÃO INTEGRATIVA

Oral health and quality of life of community-dwelling elderly: integrative review

Francilia de Oliveira¹

Maysa Ferreira Martins Ribeiro ²

SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COMUNITÁRIOS: REVISÃO INTEGRATIVA

Oral health and quality of life of community-dwelling elderly: integrative review

Francilia de Oliveira¹

Maysa Ferreira Martins Ribeiro²

Resumo

O objetivo desta revisão foi selecionar e analisar pesquisas que avaliaram o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de idosos comunitários, identificando os domínios do impacto por meio do questionário *Oral Health Impact Profile – short form*. A metodologia foi a revisão integrativa com artigos publicados em inglês, português e espanhol, nos portais de periódicos: *United States National Library of Medicine* e Biblioteca Virtual em Saúde, no período de agosto a novembro de 2015, com amostra composta por 10 artigos. A revisão mostrou que a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos idosos sofre alta frequência de impacto. Tais impactos são percebidos principalmente nos domínios: Dor Física e Desconforto Psicológico, do *Oral Health Impact Profile – short form*. As maiores frequências de impacto e pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal estiveram associadas com: baixa renda, baixo grau de escolaridade, tipo de moradia, maior número de dentes perdidos, uso ou necessidade de próteses dentárias, tipo de serviço odontológico utilizado (urgência) e ao maior número de problemas de saúde geral. Concluiu-se que a utilização de instrumento capaz de mensurar a percepção de impacto das condições bucais sobre a qualidade de vida de idosos mostrou ser um importante auxiliar e complementar do exame clínico, no planejamento dos serviços odontológicos.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Qualidade de Vida; Idosos.

Abstract

The objective of this review was to select and analyze studies that addressed the impact of oral health on quality of life of community elderly, identifying areas of impact through the questionnaire Oral Health Impact Profile - short form. The methodology was the integrative review with articles published in English, Portuguese and Spanish, in periodic portals: United States National Library of Medicine and Virtual Health Library in the period from August to November 2015, with a sample of 10 articles. The review showed that the quality of life related to oral health of the elderly suffer high frequency impact. Such impacts mainly perceived in the fields: Pain Physical and Psychological discomfort, the Oral Health Impact Profile - short form. The greatest frequency impact and poorer quality of life related to oral health were associated with low income, low education level, type of housing, more missing teeth, use or need for dental prostheses, type of dental service (urgency) and more general health problems. It concluded that the use of instrument capable of measuring the perceived impact of oral conditions on quality of life of elderly proved to be a helper and complement important clinical examination, in the planning of dental services.

Keywords: Oral Health; Quality of Life; Aged.

^{1,2} Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Av. Universitária 1440, Setor Universitário. 74605-010 Goiânia GO.

Introdução

A saúde é definida como “estado de completo bem estar físico, mental e social e não somente pela ausência de doença ou enfermidade”¹. A qualidade de vida é definida “como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valor onde vivem, e em relação ao seu objetivos, expectativas, padrões e preocupações”².

A saúde bucal é parte integrante e essencial para a saúde geral, além de ser um fator determinante para a qualidade de vida. As doenças bucais restringem as atividades da vida diária, causam impacto psicossocial e diminuem de forma significativa a qualidade de vida².

O padrão de doença bucal reflete perfis de risco distintos entre os países, está relacionado às condições sociais, estilos de vida e fatores ambientais, bem como na implantação de programas de prevenção e promoção de saúde bucal. Em países industrializados, os programas preventivos alcançaram uma redução da cárie dentária em crianças e das perdas dentárias nos adultos, mas o ônus da doença entre os idosos é alto e isso tem efeito negativo em sua qualidade de vida³.

As projeções demográficas para o século XXI apontam crescimento do grupo etário de idosos, em todo mundo, com o grupo de idosos entre 60 e 85 anos duplicando, e acima de 85 anos triplicando até o ano de 2025. O Brasil não difere dos outros países, em 1980 os idosos (acima de 60 anos) representavam 6% da população total e em 2010 eram 10%⁴.

O impacto da perda dentária na qualidade de vida dos idosos não pode ser desconsiderado, pois a perda dos elementos dentários traz consequências para a fala, deglutição e mastigação, comprometendo o início do processo digestivo, a ingestão de nutrientes, o apetite, a comunicação e a autoestima, podendo acarretar a necessidade de dieta pastosa e, às vezes, cariogênica⁵. A utilização do serviço odontológico por idosos é inferior às outras faixas etárias, apesar da ampliação da oferta e da cobertura deste tipo de assistência no Brasil. Além disso, a comparação entre os dois últimos levantamentos nacionais de saúde bucal, 2003 e 2010, revelou que houve um aumento percentual de idosos que nunca foram ao dentista, de 5,8% para 14,7%, respectivamente⁶.

A condição de saúde bucal da população idosa no Brasil não tem recebido a atenção merecida, os idosos carregam a herança de um modelo assistencial de

práticas curativas e mutiladoras. Tal modelo resultou em um quadro precário com ausência de dentes, acúmulo de necessidades de tratamento e grande demanda por serviços protéticos. Como consequência desta histórica escassez, urge a necessidade de formulação de políticas públicas voltadas à promoção de saúde bucal para pessoas idosas; e assim, contribuir para melhor qualidade de vida⁷.

Vários instrumentos foram desenvolvidos e validados para auxiliar o conhecimento da percepção que o indivíduo tem sobre sua saúde bucal e a influência desta na sua qualidade de vida, como: *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI), *Dental Impacts on Daily Living* (DIDL), *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP), *Oral Health Impact Profile* (OHIP) e sua versão abreviada, OHIP-14⁸.

Oral Health Impact Profile (OHIP-14) é o questionário mais utilizado para avaliar o impacto das condições bucais no bem estar e na qualidade de vida dos indivíduos, desenvolvido por Slade e Spencer em 1994, inicialmente com 49 questões. Posteriormente, em 1997, Slade publicou a versão curta com 14 questões, mantendo as mesmas sete dimensões da primeira versão: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e invalidez⁹.

Esta revisão teve por objetivo selecionar e analisar criticamente artigos que tiveram como foco principal avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de idosos comunitários, identificando os domínios em que o impacto da condição bucal é percebido, por meio do questionário OHIP-14.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa, método de pesquisa que permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área de estudo, inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte à tomada de decisão, melhoria da prática clínica e planejamento dos serviços, possibilitando a síntese do estado do conhecimento sobre um determinado assunto, além de apontar lacunas a serem preenchidas com novos estudos¹⁰.

Nos portais da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da *United States National Library of Medicine* (PubMed) foram identificados os seguintes descritores: *oral health, quality of life, aged*; saúde bucal, qualidade de vida, idosos e *salud bucal, calidad de vida, anciano*. Utilizou-se também, além destes descritores controlados, um

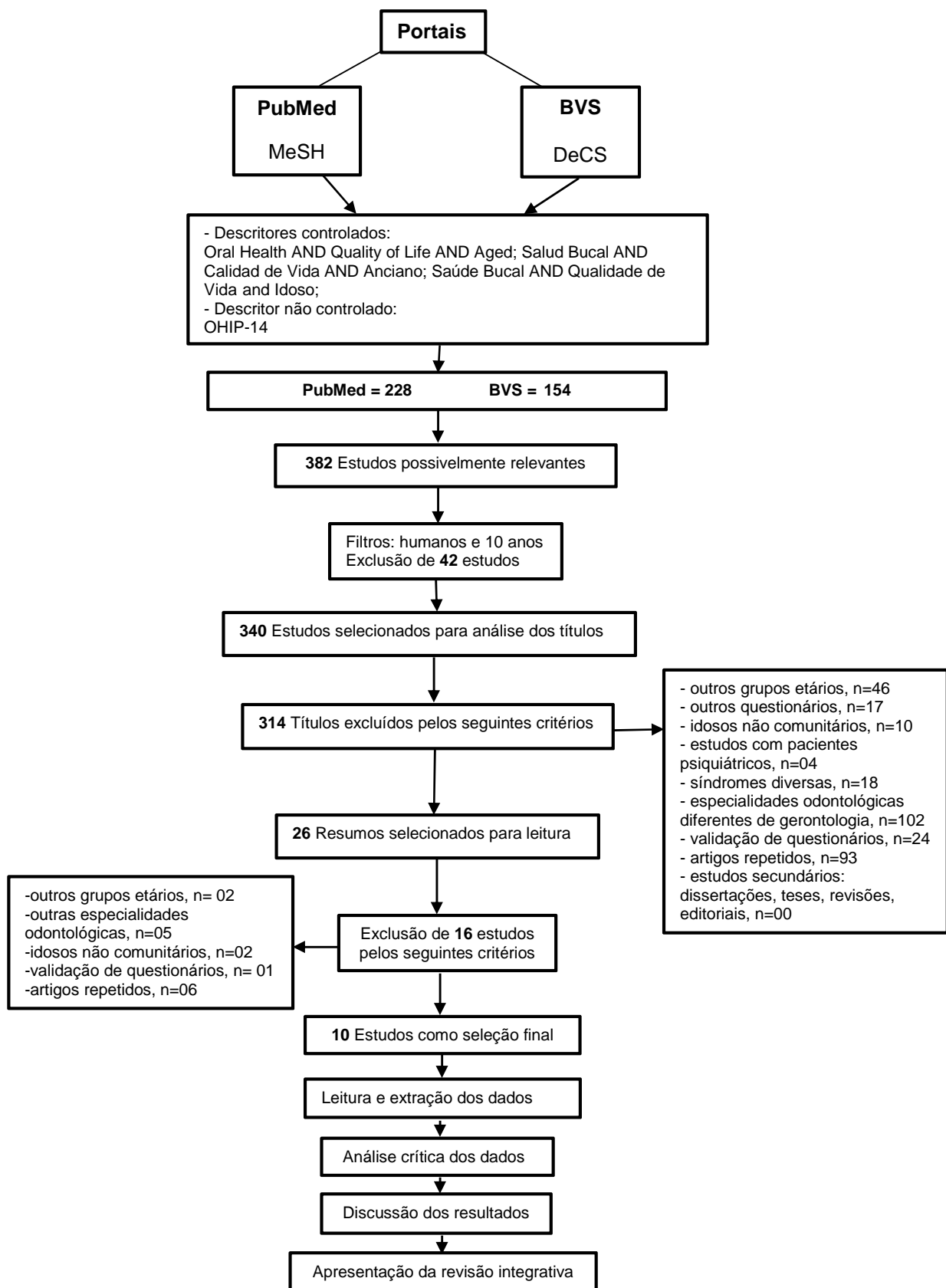
descriptor não controlado o *Oral Health Impact Profile*(OHIP-14) com a finalidade de refinar a busca. O operador booleano utilizado foi AND.

A seleção dos estudos foi guiada pelo objetivo principal e por critérios diretamente ligados ao título. Incluiu pesquisas que investigaram saúde bucal e qualidade de vida de idosos comunitários através do questionário OHIP-14, publicados em inglês, português e espanhol, nos últimos dez anos a fim de obter estudos mais recentes. A busca foi realizada no período de agosto a novembro de 2015.

O OHIP-14 possibilita avaliar disfunção, desconforto e incapacidade relacionada à saúde bucal com 14 questões, agrupadas duas a duas e compondo sete dimensões (limitações funcionais, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social, invalidez). Pontuado por meio de uma escala tipo *Likert* de 0 a 4 para cada questões: nunca = 0, raramente = 1, às vezes = 2, frequentemente ou muitas vezes = 3, sempre = 4; a resposta, não sabe, invalida ou exclui todo formulário. Quanto maior a pontuação, maior é o impacto percebido pelo indivíduo dos problemas na sua condição bucal e sobre sua qualidade de vida⁹.

Foram excluídos os artigos que estudaram outros grupos etários que não os idosos (acima de 60 anos), artigos que estudaram idosos institucionalizados, artigos que estudaram pacientes psiquiátricos, artigos que tratavam de síndromes como HIV, artigos sobre outras especialidades odontológicas que não a gerontologia artigos que tratavam da validação de questionários, artigos em idiomas diferentes dos incluídos, revisões de literatura, teses, dissertações, editoriais e artigos repetidos.

Inicialmente, obteve-se 382 títulos, após aplicar os filtros: 10 anos e humanos, restaram 340 estudos. Em seguida, aplicados os critérios de inclusão e exclusão na leitura do títulos e resumos; ficando 26 artigos para serem lidos na íntegra. Destes, 10 artigos compuseram a seleção final. A figura 4 apresenta a trajetória de seleção dos estudos com a combinação dos descritores, o total de títulos, filtros utilizados, critérios de exclusão, seleção parcial, seleção final e as demais etapas metodológicas da revisão integrativa.



PubMed– United States National Library of Medicine, MeSH- Medical Subject Headings, BVS– Biblioteca Virtual em Saúde, DeCS- Descritores em Ciências da Saúde, OHIP-14– Oral Health Impact Profile.

Figura 4 - Fluxograma com as etapas metodológicas da revisão integrativa.

Resultados

A amostra desta revisão foi composta por 10 artigos, sendo oito publicados em inglês, um em português e um em espanhol. Notou-se a escassez de investigações sobre saúde bucal e qualidade de vida de idosos nas Américas, comparado à Europa e Ásia. O foco principal dos artigos foi identificar em quais domínios a saúde bucal causa impacto na qualidade de vida dos idosos da comunidade, por meio do questionário OHIP-14, como mostra o quadro 1.

Quadro 1 - Descrição dos artigos de acordo com: autores, periódico, fator de impacto, ano e local de publicação, objetivos, métodos, instrumentos de avaliação e resultados, Goiânia-GO, 2015.

Autor (es) / Ano / Local / Periódico / Fator de Impacto	Objetivos	Métodos / Instrumentos	Resultados
Mestriner SF Almeida ASQ Mesquita LP Bulgarelli AF Mestriner Jr ¹¹ 2014 Brasil RGO FI 0.00	Analisar as condições de saúde bucal de idosos usuários do SUS/FORB/USP, bem como a QVRSB através do OHIP-14.	- Estudo descritivo transversal exploratório; - n = 76 idosos comunitários; - Entrevista com OHIP-14, escore calculado pelo método aditivo; - Dados de saúde bucal - coletados dos registros da FORB/USP.	- 58,5% frequência de impacto; - 69,7% feminino; - A QVRSB esteve mais comprometida nos Domínios do OHIP-14: Dor Física e Desconforto Psicológico; - Aspectos sociodemográficos: a maior renda foi associada com a pior QVRSB; gênero, tipo de moradia e uso de prótese dentária não foram associados.
Zhou Y Zhang M Jiang H WU B DU M ¹² 2012 China Community Dental Health FI 0.871	Obter informações sobre a QVRSB de idosos e investigar a influência de fatores demográficos e socioeconômicos nos idosos da China Central.	- Estudo transversal analítico; - n = 913 idosos comunitários; - Entrevista com OHIP-14 (12 meses), escore calculado pelo método aditivo; - Questionários socioeconômicos e demográficos.	- 82,0% frequência de impacto; - 42,1% feminino; - A QVRSB esteve mais comprometida nos Domínios do OHIP-14: Limitação Funcional e Dor Física; - A baixa escolaridade e o pior estado da prótese dentária em uso foram associados negativamente à QVRSB.

Quadro 1 - continuação

<p>Miotto M H M B Barcellos LA Velten DB¹³</p> <p>2012 Brasil</p> <p>Ciência e Saúde Coletiva</p> <p>FI 0.308</p>	<p>Avaliar a prevalência de impacto dos problemas bucais na QV e associação com variáveis sócio demográficas, clínicas e utilização de serviços por adultos e idosos.</p>	<p>- Estudo transversal;</p> <p>- n = 237 idosos comunitários da área urbana;</p> <p>- Entrevista com OHIP-14 (12 meses), escore calculado pelo método simplificado;</p> <p>- Questionário sociodemográfico e a Classificação Econômica do Brasil – ABEP.</p>	<p>- 35,0% frequência de impacto;</p> <p>- 78,1% feminino;</p> <p>- A QVRSB foi comprometida nos Domínios do OHIP-14: Incapacidade Física, Incapacidade Social e Limitação Funcional;</p> <p>- A QVRSB foi pior nos idosos com necessidade declarada de próteses dentárias.</p>
<p>Stenman U Ahlqwist M Björkelund C Hakeberg M¹⁴</p> <p>2012 Suécia</p> <p>Gerodontology</p> <p>FI 0.806</p>	<p>Avaliar a QVRSB em relação a diferentes condições bucais crônicas e a percepção da saúde bucal em idosos.</p>	<p>- Estudo transversal;</p> <p>- n = 561 idosos comunitários;</p> <p>- Exame clínico bucal;</p> <p>- OHIP-14, escore calculado pelo método aditivo.</p>	<p>- 5,4% frequência de Impacto;</p> <p>- 56,7% feminino;</p> <p>- A QVRSB foi comprometida nos Domínios do OHIP-14: Dor Física e Desconforto Psicológico;</p> <p>- A QVRSB esteve pior nos idosos com próteses dentárias, problemas de mastigação e insatisfeitos com a aparência dos dentes.</p>
<p>Brennan DS Singh KA¹⁵</p> <p>2011 Austrália</p> <p>European Journal of Oral Sciences</p> <p>FI 1.729</p>	<p>Avaliar as associações entre a QVRSB no estado geral de saúde.</p>	<p>- Estudo transversal;</p> <p>- n = 444 idosos comunitários de 60 a 71 anos;</p> <p>- OHIP-14 (12 meses), escore calculado pelo método aditivo;</p> <p>- Questionários de auto avaliação de saúde e EQ5D (avalia qualidade de vida com 5 questões relacionadas ao número de problemas de saúde geral nas AVD);</p> <p>- Todos por correspondência.</p>	<p>- 21,0% frequência de impacto;</p> <p>- 52% feminino;</p> <p>- A QVRSB foi comprometida nos Domínios do OHIP-14: Dor Física e Desconforto Psicológico;</p> <p>- A pior QVRSB foi percebida nos idosos com a QVRS mais comprometida pelo maior número de problemas de saúde geral.</p>

Quadro 1 - continuação

<p>Dahl K E Wang NJ Holst D Öhrn K¹⁶</p> <p>2011 Noruega</p> <p>International Journal of Dental Hygiene</p> <p>FI 0.682</p>	<p>Investigar como registros clínicos de saúde bucal, auto avaliação de saúde bucal e a satisfação com a saúde bucal foram relacionados à qualidade de vida, em idosos de 68 - 77 anos.</p>	<p>- Estudo transversal;</p> <p>- n = 151 idosos da comunidade, selecionados, convidados e informados por correspondência;</p> <p>- Exame clínico;</p> <p>- OHIP-14 (12 meses), escore calculado pelo método simplificado;</p> <p>- Questionários: auto avaliação de saúde bucal e de satisfação com a saúde bucal.</p>	<p>- 58,0% frequência de impacto;</p> <p>- 51,0% feminino;</p> <p>- A QVRSB esteve mais comprometida nos Domínios do OHIP-14: Dor Física, Desconforto Psicológico e Incapacidade Psicológica.</p> <p>- Os insatisfeitos com a saúde bucal tiveram pior QVRSB e mais altas somas no OHIP-14.</p>
<p>De La Fuente-Hernández J Sumano-Moreno O¹⁷</p> <p>2010 México</p> <p>Universitas Odontologica</p> <p>FI 0.110</p>	<p>Estimar o impacto da QVRSB dos idosos.</p>	<p>- Estudo transversal;</p> <p>- n = 150 idosos comunitários de 60 a 85 anos, agrupados: 60 a 69, 70 a 79 e 80 a 85;</p> <p>- Exame clínico bucal (CPOD: grave, 21 a 28 dentes afetados; alto, 11 a 20; médio, 4 a 10; baixo, 1 a 3;</p> <p>- OHIP-14 (6 meses), escore calculado pelo método simplificado.</p>	<p>- 87,3% frequência de impacto;</p> <p>- 58,0% feminino;</p> <p>- A QVRSB esteve pior nos Domínios do OHIP-14: Desconforto Psicológico, Dor Física e Incapacidade Física;</p> <p>- O grupo de 60 a 69 anos, em ambos os sexos teve mais altas somas no OHIP-14 e pior QVRSB;</p> <p>- O índice CPOD foi grave em mulheres de 80 a 85 anos e homens de 60 a 69 anos.</p>
<p>Gagliard DI Slade GD Sanders AE¹⁸</p> <p>2008 Austrália</p> <p>Australian Dental Journal</p> <p>FI 1.482</p>	<p>Avaliar as alterações nos aspectos da saúde bucal entre idosos que recebem atendimento odontológico público.</p>	<p>- Estudo longitudinal prospectivo;</p> <p>- n = 253 idosos comunitários de 75 anos ou mais;</p> <p>- OHIP-14 antes e depois do tratamento odontológico (6 meses), escore calculado pelo método aditivo.</p>	<p>- 67,9% frequência de impacto;</p> <p>- 64,0% feminino;</p> <p>- A QVRSB foi mais comprometida nos Domínios do OHIP-14: Dor Física e Desconforto Psicológico;</p> <p>- O tratamento odontológico melhorou a QVRSB, OHIP-14 total médio reduziu de 13,6 para 7,4.</p>

<p>Pallegedara C Ekanayake L¹⁹</p> <p>2008 Sri Lanka</p> <p>Community Dental Health</p> <p>FI 0.871</p>	<p>Determinar o efeito da perda de dentes e estado das próteses dentárias sobre a QVRSB.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo transversal; - n = 619 idosos comunitários; - Exame clínico. - Entrevista com OHIP-14 (6 meses), escore calculado pelo método simplificado. 	<ul style="list-style-type: none"> - 37,0% frequência de impacto em dentados e 46,0% em desdentados; - 54,0% feminino; - A QVRSB esteve mais comprometida no Domínio do OHIP-14: Dor Física; - A pior QVRSB foi associada com a perda de dentes, posição dos dentes perdidos, reposição dos dentes e estado da prótese dentária.
<p>Ikebe K Hazeyama T Morii K Matsuda K Maeda Y Nokubi T²⁰</p> <p>2007 Japão</p> <p>International Journal of Prosthodontics</p> <p>FI 1.185</p>	<p>Investigar a associação entre performance mastigatória com a QVRSB de idosos japoneses independentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo transversal; - n = 1.028 idosos comunitários; - Exame Clínico; - Desempenho mastigatório medido com goma de ensaio; - Auto avaliação geral da saúde e situação financeira; - Questionários: OHIP-14 para 588 idosos e GOHAI para 440 idosos. - Escore do OHIP-14 calculado pelo método aditivo. 	<ul style="list-style-type: none"> - 41,5% frequência de impacto no OHIP-14; - 58,9% frequência de impacto no GOHAI; - 46,7% feminino; - A QVRSB esteve pior nos Domínios do OHIP-14: Desconforto Psicológico e Dor Física; - A QVRSB esteve mais comprometida nos Domínios do GOHAI: Impacto Psicológico e Dor/Desconforto; - O pior desempenho mastigatório esteve associado aos elevados pontos totais no OHIP-14, no GOHAI e pior QVRSB; - A pior QVRSB esteve associada aos mais baixos níveis de percepção de saúde geral, insatisfação financeira.

FI- Fator de Impacto, OHIP-14- Oral Health Impact Profile, SUS – Sistema Único de Saúde, FORB – Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, USP- Universidade de São Paulo, EQ5D- EuroQol instrument of five items, AVD – Atividades da Vida Diária, QV- Qualidade de Vida, QVRSB- Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal, QVRS- Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, GOHAI- Geriatric Oral Health Assessment Index, PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde, ABEP- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, CPOD- Dentes Cariados, Perdidos e Obturados.

Discussão

As amostras dos estudos foram selecionadas, em sua maioria por conveniência, podendo ser apontado como possível viés, pois tal seleção pode

influenciar nos resultados e não ser representativa da população local. O tamanho das amostras teve grande variação de 76¹¹ a 1.028²⁰ participantes; mesmo no estudo com menor número de participantes, os autores garantiram ter obtido evidências suficientes para concluir sobre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos idosos^{11,17}. A maioria feminina se fez presente em quase todos os estudo, exceto em dois^{12,20}.

Atenção especial deve ser dada à feminização do envelhecimento, pois as mulheres têm a vantagem da longevidade, mas são vítimas mais frequentes da violência doméstica e de discriminação no acesso à educação, salário, alimentação, trabalho, assistência à saúde, heranças, medidas de seguro social e poder político. Essas desvantagens cumulativas indicam que as mulheres, mais que os homens, tendem a ser mais pobres e a apresentar mais deficiências em idades mais avançadas, exigem dos gestores planejamento adequado com medidas de proteção social e programas preventivos de saúde, específicos ao gênero²¹.

As frequências de impacto das condições bucais sobre a qualidade de vida variaram de 5,4%¹⁴ a 87,3%¹⁷, permitindo supor a correlação positiva com o desenvolvimento socioeconômico dos países; bem como a importância dada à promoção de saúde, como elemento fundamental da qualidade de vida e do envelhecimento saudável²².

Os fatores frequentemente associados com a pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal foram: baixa renda^{11,20}, grau de escolaridade¹², tipo de moradia¹¹, maior número de dentes perdidos¹⁹, uso ou necessidade de próteses dentárias^{11,12,13,14,19} e o tipo de serviço odontológico utilizado¹³ (tratamento de rotina, prevenção e urgência); todos os estudos desta revisão foram realizados em serviços públicos de saúde. Tais informações foram obtidas por meio de questionário sociodemográfico, acrescido com alguns dados sobre a condição bucal; esteve presente em quase todos os estudos^{11,12,13,14,15,16,17,18,20}. Apenas um estudo¹⁹ não utilizou questionário sociodemográfico.

Apesar do compromisso celebrado entre os países membros da Organização Mundial de Saúde, de agir sobre os determinantes sociais de saúde de forma coletiva, verificamos que as desigualdades sociais e econômicas persistem, em cada país e entre os países, são injustas e evitáveis. As condições sociais desiguais, repercutem sobre a saúde, fundamental para o bem estar da população, principalmente de grupos vulneráveis como os idosos²².

Em quase todos os estudos aqui apresentados foi realizado exame clínico da cavidade bucal, exceto quatro estudos^{11,12,13,15}. Ressalta-se o estudo¹⁹ que coletou o dado relativo a perda dentária, focando na posição da ausência dentro da cavidade bucal (anterior e/ou posterior). A perda dentária tem maior impacto, com altos escores no OHIP-14, e pior relação com a qualidade de vida quando se posiciona na região anterior da boca comparada com as perdas localizadas na parte posterior. Com relação ao exame clínico, não foi encontrada evidência científica que recomende o uso isolado de instrumento para medida de qualidade de vida relacionada à saúde bucal, pelo contrário, a sua utilização deve ser complementar à informação fornecida pelos dados clínicos²³.

O modelo de assistência odontológica predominante no Brasil, ainda é curativo e mutilador, quando se trata de sistema público de saúde. Os idosos carregam as sequelas de tal modelo, devido às perdas dentárias têm a função mastigatória, a estética e a fonação comprometidas, prejudicando a vida em geral e a sua participação social. Os últimos levantamentos epidemiológicos, mostraram não terem havido mudanças significativas quanto a perda dentária nos idosos e que apenas 7% do total de idosos não necessitava de algum tipo de prótese dentária. Comprovando a necessidade de ampliar o acesso ao tratamento odontológico, além da implementação de ações preventivas visando evitar tais perdas e ações reabilitadoras para diminuir o impacto causado pelas ausências dentárias sobre a qualidade de vida⁶.

Um estudo²⁰ testou a performance mastigatória, que é uma maneira de examinar a força imprimida em tal função. Esta medida diferencia-se das demais avaliadas por ser uma medida objetiva; enquanto autopercepção de saúde bucal e qualidade de vida são subjetivas. Os autores acreditam que incluir a medida de performance mastigatória deveria ser usada na relação com a qualidade de vida para excluir fator de confusão, advindo da personalidade do respondente.

Apenas um estudo¹⁸ conduziu a pesquisa com intervenção, com a realização de tratamento odontológico, que incluiu cirurgia oral diagnóstica, preventiva e curativa, serviços de reabilitação protética removível. O questionário OHIP-14 foi aplicado antes e depois do tratamento odontológico, dentro do período de seis meses. Confirmou-se a implicação benéfica do cuidado dental para esta população e sua importância para qualidade de vida dos idosos. Haja vista a redução significativa na severidade do impacto medido pelo OHIP-14, que antes da realização dos

procedimentos odontológicos alcançou a pontuação média de 13,6 e após o tratamento caiu para 7,4; comprovando assim, a íntima relação entre saúde bucal e qualidade de vida, quando a melhoria da primeira influi positivamente na segunda.

O tratamento odontológico tem grande importância na avaliação global de funcionalidade do idoso, haja vista que a maioria dos fatores explicativos para a satisfação com a saúde bucal pertence ao componente “Funções do Corpo”: aparência dos dentes, dor de dente, sensação de queimação na boca e mastigação²⁵.

As dimensões do questionário OHIP-14 mais citadas como impactantes na qualidade de vida foram: a Dor Física^{11,12,14,15,16,17,18,19,20}, Desconforto Psicológico^{11,14,15,16,17,18,20}, Limitação Funcional^{12,13}, Incapacidade Física^{13,17}, Incapacidade Social¹³ e Incapacidade Psicológica¹⁶. Apenas a dimensão Invalidez não foi citada em nenhum estudo.

Um dos estudos²⁰ utilizou outro instrumento, o *Geriatric Oral Health Assessment Index*²⁶ (GOHAI); além do OHIP-14. Encontrou 41,5% frequência de impacto com o OHIP-14 e 58,9% frequência de impacto com o GOHAI. A qualidade de vida relacionada à saúde bucal foi comprometida nas dimensões: desconforto psicológico e dor física do OHIP-14; e impacto psicológico e dor/desconforto do GOHAI.

Achados semelhantes foram encontrados na comparação dos dois instrumentos: o GOHAI salienta as limitações funcionais ou dor e desconforto, enquanto o OHIP-14 enfatiza os aspectos psicológicos e comportamentais; conclui-se que o GOHAI permite identificar impactos relativos à disfunção e dor enquanto o OHIP-14 detecta, com maior facilidade, impactos psicológicos²⁷.

A qualidade de vida relacionada à saúde geral, medida pelo EQ5D em um estudo¹⁵, foi associada com a qualidade de vida relacionada à saúde bucal; quando os participantes com o maior número de problemas de saúde tiveram pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Ressalta-se ser este o único estudo desta revisão que avaliou qualidade de vida relacionada à saúde geral.

Em se tratando de vieses, cita-se o de memória com relação ao preenchimento do questionário OHIP-14, que em sua formulação original refere-se aos últimos doze meses. Dos dez estudos, quatro^{12,13,15,16} usaram como referência os últimos doze meses; três estudos, na tentativa de minimizar tal viés reportaram-se aos últimos seis meses^{17,18,19} e três estudos não citaram a relação temporal^{11,14,20}.

A maioria dos estudos utilizou o método aditivo de cálculo do OHIP-14^{11,12,14,15,18,20} no qual é somado o valor atribuído a cada questão de 0 a 4, podendo o escore do questionário variar de 0 a 56 pontos; os demais estudos^{13,16,17,19} utilizaram o método simplificado, no qual as respostas “sempre” e “frequentemente” são consideradas com impacto; e as respostas, “às vezes”, “raramente” e “nunca”, como sem impacto. O terceiro método, cálculo com pesos para cada pergunta, não foi utilizado em nenhum estudo. Semelhante ao resultado encontrado em estudo com instrumentos psicométricos na medida de qualidade de vida relacionada à saúde bucal, que identificou globalmente a utilização do método aditivo na obtenção da pontuação final no OHIP-14 e justificou ser este o método que permite aferir a gravidade do impacto²³.

Quanto as limitações citadas pelos autores nos estudos, apenas quatro pesquisas^{12,13,17,20} reconheceram-nas. Um estudo²⁰ citou como limitação o desenho transversal ao invés de longitudinal e outro, a avaliação dos escores do OHIP utilizando medidas de prevalência¹³. O tipo de seleção da amostra e que a mesma não representava a população estudada, pois a maioria dos participantes tinha educação primária ou secundária¹². Um estudo¹⁷ reconheceu o tamanho pequeno da amostra como limitação, mas ao contrário do estudo chinês, afirmou que os resultados obtidos trazem evidências suficientes e servem de referência para orientar as políticas públicas daquele país¹⁷. A composição da amostra por indivíduos saudáveis fisicamente e cognitivamente foi tratada como limitação de um estudo; que considerou seus resultados como específicos para a amostra utilizada e não deveriam ser generalizadas até as associações serem comprovadas em outros estudos com população similar²⁰.

Conclusão

O impacto das condições bucais sobre a qualidade de vida é percebido principalmente nos domínios: dor física e desconforto psicológico. A associação com a qualidade de vida relacionada à saúde geral, também é verificada; pois quanto maior o número de problemas de saúde, pior a qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos idosos está associada com alguns fatores sociodemográficos, econômicos e de saúde bucal, como: baixa renda, pouca ou nenhuma escolaridade, tipo de moradia, maior número de dentes

perdidos, uso ou necessidade de próteses dentárias e o serviço odontológico de urgência utilizado.

A utilização de instrumento capaz de mensurar a percepção de impacto das condições bucais sobre a qualidade de vida dos idosos complementa os dados clínicos e mostra ser um importante auxiliar no planejamento dos serviços de saúde bucal, tanto individual quanto coletivo; pois ao respeitar a necessidade declarada do indivíduo, possibilita a produção de serviços adequados.

A qualidade de vida do idoso relacionada à saúde bucal necessita de suporte social, acesso facilitado aos serviços odontológicos, conscientização da equipe de cuidadores sobre a importância de condição de saúde bucal para saúde geral possibilitando um envelhecimento saudável.

Referências

1. Organização Mundial de Saúde. *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: WHO; 2006. [Acessado, 2015 out 30]. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
2. Organização Mundial de Saúde. *The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century of the WHO Global Oral Health Programme*. Geneva: WHO; 2003.
3. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization* 2005; 83(9): 661-69.
4. Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística. IBGE. *Dados do Censo 2010*. [Acessado 2015 jun 14]. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Cadernos de Atenção Básica* 2006; 19. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde. *Projeto SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais*. Brasília, 2011.
7. Martins AMEBL, Haikal DAS, Pereira SM, Barreto SM. Uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro 2008; 24(7): 1651-66.

8. Cortes MIS. Epidemiology of traumatic injuries to the permanent teeth and the impact of the injuries on the daily living of Brazilian schoolchildren. 2000. 247 f. Tese (Doutorado em Filosofia) – Department of Epidemiology and Public Health, University College London, Londres.
9. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25(4): 284–90.
10. Souza MT, Silva MD, Carvalho M. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. *Einstein* 2010; 8(1): 102-06.
11. Mestriner SF, Almeida ASQ, Mesquita LP, Bulgarelli AF, Mestriner Junior W. Oral health conditions and quality of life of elderly users of the Unified National Health System. *Rev Gaúch Odontol* 2014; 62(4): 389-94. ID: lil-741686.
12. Zhou Y, Zhang M, Jiang H, Wu B, Du M. Oral Health Related Quality of Life among Older Adults in Central China. *Community Dent Health* 2012; 29(3): 219-23. ID: mdl-23038938
13. Miotto MHMB, Barcellos LA, Velten DB. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. *Ciê. saúde colet* 2012; 17(2): 397-406. PMID: 22267035.
14. Stenman U, Ahlqwist M, Björkelund C, Hakeberg M. Oral health-related quality of life – associations with oral and conditions in Swedish 70-year-old individuals. *Gerodontology* 2012; 29(2): 440-46. doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00495.x.
15. Brennan DS, Singh KA. General health and oral health self-ratings, and impact of oral problems among older adults. *Eur J of Oral Sci* 2011; 119(6): 469-73. doi: 10.1111/j.1600-0722.2011.00873.x.
16. Dahl KE, Wang NJ, HolsTD, Öhrn K. Oral health-related quality of life among adults 68-77 years old in Nord-Trondelag, Norway. *Int J of Dent Hyg* 2011; 9(1): 87-92. doi: 10.1111/j.1601-5037.2010.00445.x.
17. Fuente-Hernández J, Sumano-moreno O, Sifuentes-valenzuela MC, Zelocuatecati-aguilar A. Impacto de la salud en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Univ. Odontol* 2010; 29(63): 83-92. ID: lil-587067
18. Gagliard DI, Slade GD, Sanders AE. Impact of dental care on oral health-related quality of life and treatment goals among elderly adults. *Aust Dent J* 2008; 53(1): 26-33. doi: 10.1111/j.1834-7819.2007.00005.x.
19. Pallegedara C, Ekanayake L. Effect of tooth loss and denture status on oral health-related quality of life of older individuals from Sri Lanka. *Community Dent Health* 2008; 25(4): 196-200.

20. Ikebe K, Hazeyama T, Morii K, Matsuda K, Maeda Y, Nokubi T. Impacto of Masticatory Performance on Oral Health-Related Quality of Life for Elderly Japanese. *Int J Prosthodont* 2007; 20(5): 478-85.
21. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: WHO; 2005.
22. Organização Mundial de Saúde. World Conference on Social Determinants of Health. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: WHO; 2011.
23. Afonso AC, Silva I. Qualidade de vida relacionada com saúde oral avaliada em adultos: revisão integrativa. *Psicol. saúde doenças* 2015; 16(2): 230-53. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160209>
24. Ferreira CA, Loureiro CA. Custos para implantação e operação de serviço de saúde bucal na perspectiva do serviço e da sociedade. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(9): 2071-80.
25. Togna GRD, Crosato EMC, Di Nubila HBV, Crosato E. Perspectivas de utilização da CIF em saúde bucal do trabalhador. *Rev. bras. Saúde ocup* 2015; 40(132): 228-36. <http://dx.doi.org/10.1590/0303-7657000087813>
26. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ* 1990; 54: 680-87.
27. Locker D, Matear D, Stephens M, Lawrence H, Payne B. Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. *XXCommunity Dent Oral Epidemiol* 2001; 29, 373–81. doi: 10.1111/j.1600-XX0528.2001.290507.x.

Francilia de Oliveira, odontóloga, mestranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Av. Universitária 1440, Setor Universitário. 74605-010 Goiânia GO. ofrancilia@gmail.com

Maysa Ferreira Martins Ribeiro, Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Av. Universitária 1440, Setor Universitário. 74605-010 Goiânia GO. maysafmr@yahoo.com.br.

6.2 Manuscrito 2- A ser submetido à revista Cadernos de Saúde Pública.

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL EM IDOSOS
COMUNITÁRIOS**

Quality of life related to the oral health in community-dwelling elderly

Francilia de Oliveira¹

Maysa Ferreira Martins Ribeiro²

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL EM IDOSOS COMUNITÁRIOS

Quality of life related to the oral health in community-dwelling elderly

Francilia de Oliveira¹

Maysa Ferreira Martins Ribeiro²

Resumo

O estudo objetivou, avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, a correlação com a saúde geral e a relação com os fatores sociodemográficos e econômicos de idosos comunitários. Estudo transversal analítico com 224 idosos e os dados foram coletados com os instrumentos: *Oral Health Impact Profile-14* para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, *Short-Form Health Survey-36* para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde geral, questionário de avaliação sociodemográfica e o questionário e critério de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. A prevalência de impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida dos idosos foi de 83,9%, percebidos principalmente nos domínios: Dor física e Desconforto psicológico. A qualidade de vida, medida pelo SF-36, esteve pior na dimensão Aspectos Físicos; e melhor nas dimensões: Vitalidade, Saúde Mental e Aspectos Sociais. O sexo feminino, quatro a seis filhos, sem transporte próprio e as classes econômicas com baixo poder de compra repercutem em pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal. A qualidade de vida relacionada à saúde geral mostrou estar mais prejudicada nos idosos sem plano de saúde, analfabetos, com mais de sete filhos e com renda menor ou igual a um salário mínimo. A qualidade de vida relacionada à saúde bucal teve fraca e inversa correlação com qualidade de vida relacionada à saúde geral, sugerindo que os impactos das condições bucais são pouco percebidos dentro do contexto socioeconômico vivido pelos idosos. Os resultados revelam a necessidade de planejamento e articulação dos serviços de saúde bucal, com a implementação de intervenções efetivas, preventivas, curativas e reabilitadoras; atuando, principalmente nos aspectos da dor e da invalidez causadas pelos impactos das condições bucais sobre as atividades da vida diária, visando a melhoria da qualidade de vida do idoso.

Idoso; Saúde bucal; Qualidade de vida.

Abstract

The study aimed to assess the quality of life related to oral health, correlation with overall health and the relationship with socio-demographic and economic factors of community-dwelling elderly. A cross-sectional study of 224 elderly and the data were collected with the instruments: Oral Health Impact Profile-14 to assess the quality of life related to oral health, Short-Form Health Survey-36 to assess the quality of life related to general health, sociodemographic questionnaire and the questionnaire and criterion of economic classification of the Brazilian Research Companies Association. The prevalence of impact of oral health on the quality of life of older people was 83.9%, mainly perceived in the areas: physical pain and psychological discomfort. Quality of life as measured by SF-36 was worst in the dimension Physical Aspects; and better in the dimensions: Vitality, Mental Health and Social Aspects. The female, four to six children, do not have own transport and economic classes with low purchasing power have repercussions in poorer quality of life related to oral health. The quality of life related to general health proved to be more impaired in the elderly without health insurance, illiterate, with more than seven children and with income less than or equal to the minimum wage. The quality of life related to oral health was weak and inverse correlation with quality of life related to general health, suggesting that the impact of oral conditions are poorly perceived within the socioeconomic context lived by the elderly. The results reveal the need for planning and coordination of oral health services, with the implementation of effective interventions, preventive, curative and rehabilitative; acting mainly on aspects of the pain and disability caused by the impacts of oral conditions on the activities of daily living, aimed at improving the quality of life of the elderly.

Aged; Oral health; Quality of Life.

^{1,2} Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Av. Universitária 1440, Setor Universitário. 74605-010 Goiânia GO.

Introdução

A população brasileira passa por um envelhecimento rápido com o número de idosos triplicando nas próximas quatro décadas, passando de menos de vinte milhões para sessenta e cinco milhões em 2050; onde idoso é o indivíduo com mais de sessenta anos. Diferindo de muitos países que necessitaram de um século ou mais para alcançarem tal condição, como nos países do oeste da Europa¹.

A longevidade da população é um fato e conferir qualidade aos anos vividos é uma necessidade², vem ocorrendo devido às melhorias nas condições de saúde geral. A saúde geral tem a saúde bucal como parte integrante e essencial ao bem estar, pois as doenças bucais restringem as atividades da vida diária, causando impacto psicossocial e reduzindo de forma significativa a qualidade de vida. Saúde bucal é mais que ter bons dentes, compreende estar livre das enfermidades para poder exercer as funções básicas da vida³.

O último levantamento epidemiológico de saúde bucal no Brasil apresentou dados preocupantes para faixa etária de 65 a 74 anos: 23,5% não usavam nenhum tipo de prótese dentária superior, apesar de precisarem; 63,1% eram usuários de prótese total; apenas 7,3% não necessitavam de prótese dentária. A prevalência da necessidade de tratamento dentário foi de 46,6% e a prevalência da dor de dente foi de 10,8%. Extração dentária foi o motivo mais citado da última consulta ao dentista com 46,2% e os que buscaram o serviço odontológico para tratamento foi 24,9%. Quanto ao impacto das condições de saúde bucal sobre a qualidade de vida dos idosos, 46% relataram sofrer algum impacto; sendo a dificuldade de comer o mais prevalente, quando comparado aos outros impactos: incômodo para escovar os dentes, apresentar-se irritado ou nervoso e vergonha para sorrir⁴.

A condição de saúde bucal da população idosa no Brasil apresenta um quadro precário com ausência de dentes, acúmulo de necessidades de tratamento e grande demanda por serviços protéticos, herança de um modelo assistencial de práticas curativas e mutiladoras. Esta histórica escassez resultou na necessidade de formulação de políticas para promoção de saúde bucal para pessoas idosas, a fim de que elas experimentem melhor qualidade de vida⁵.

As investigações de saúde bucal têm agregado instrumentos psicométricos para medir a percepção do indivíduo sobre sua saúde e assim, complementar os dados clínicos e possibilitar uma decisão com bases mais sólidas sobre o melhor tipo de tratamento⁶.

O instrumento escolhido para avaliar o impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida dos idosos foi o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), por ser o mais utilizado mundialmente. Este questionário foi desenvolvido por Slade e Spencer em 1994 com 49 itens; em 1997, Slade desenvolveu a versão reduzida do OHIP com 14 itens, mantendo os mesmos

domínios⁷. Foi traduzido e adaptado ao contexto nacional demonstrando propriedades semelhantes às originais⁸.

Este estudo teve por objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada às condições de saúde bucal e identificar quais os fatores são associados aos piores impactos; e em quais domínios ou dimensões a qualidade de vida dos idosos comunitários está mais afetada por problemas bucais.

Método

Pesquisa de delineamento transversal, realizada em uma cidade do nordeste brasileiro com um centro de convivência para idosos. Este centro é o único no oeste do estado, além de ser mantido exclusivamente com verbas públicas.

A amostra foi calculada sobre o número de habitantes idosos da cidade, segundo o censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010 era de 15.425 indivíduos. Considerando o nível de significância de 95% ($p < 0,05$), a amostra composta por 204 idosos e acrescentada de 10% para possíveis perdas, chegando a 224 idosos.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás com Parecer n. 828.999, em 24/09/2014.

Os critérios de inclusão foram: ter sessenta anos ou mais, ser comunitário e frequentar o centro de convivência escolhido. Como critério de exclusão, não possuir capacidade cognitiva suficiente para compreender e responder os questionários utilizados.

Os instrumentos de coleta de dados foram: *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14), *Medical Outcome Study 36 – Item Short-Form Health Survey* (SF-36), questionário sociodemográfico e o questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa-ABEP que classifica a população em termos de “classes econômicas”.

O questionário OHIP-14 é um instrumento de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal, em um período de tempo determinado, no caso um ano. Possui sete domínios e quatorze questões, distribuídas duas a duas para cada domínio: limitação física, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e invalidez. Para o cálculo do escore, foi escolhido o método simplificado, onde as repostas “sempre” e “frequentemente” são consideradas com impacto (pontuação = 3) e as repostas “às vezes”, “raramente” e “nunca” (pontuação < 3) como sem impacto. Algumas

tabelas apresentam o OHIP total que é o resultado da soma dos valores atribuídos a cada questão, variando de zero a cinquenta e seis, da melhor à pior, respectivamente⁷.

O questionário SF-36 tem por objetivo medir a qualidade de vida do indivíduo relacionada à saúde geral, foi utilizado após permissão da empresa tutora (OPTUM). É o instrumento genérico mais amplamente utilizado e aceito mundialmente, de fácil aplicação e abrangente. Traduzido, adaptado culturalmente e validado⁹ mostrou-se adequado às condições da população brasileira. Possui onze questões e trinta e seis itens englobando oito componentes (domínios ou dimensão) representados por: capacidade funcional (dez itens), aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral da saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), aspectos emocionais (três itens), saúde mental (cinco itens) e uma questão comparativa sobre a percepção de saúde atual com um ano atrás. Recebe um resultado em cada domínio variando de zero a cem, do pior resultado ao melhor, respectivamente⁹.

O questionário sociodemográfico foi elaborado pela pesquisadora e forneceu os seguintes dados: idade, sexo, estado civil, profissão, escolaridade, número de filhos, residência própria, transporte próprio, renda mensal, plano de saúde e suporte da comunidade.

O questionário da ABEP é um modelo de classificação capaz de identificar o real potencial de consumo das famílias brasileiras. Apresenta um Critério de Classificação Econômica do Brasil baseado na posse de bens de consumo e escolaridade, dividindo a população em extratos: A, B1, B2, C1, C2, D e E. Enfatizando o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, sem a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”, mas definindo a divisão de mercado em classes econômicas¹⁰.

A coleta de dados foi realizada exclusivamente pela pesquisadora, no período de fevereiro a junho de 2015, por meio de entrevista individual e em local reservado, no centro de convivência selecionado.

Foram realizadas 224 entrevistas, todas com a prévia assinatura pelo idoso ou responsável do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As perguntas de cada questionário eram lidas e explicadas a fim de evitar dúvidas; então, eram preenchidos pela pesquisadora de acordo com a resposta dada pelo idoso. Cada entrevista teve a duração média de quarenta minutos.

Posteriormente, esses dados foram plotados em planilha com a utilização do software *Microsoft®Excel 2007*. O conjunto total de dados foi analisado com a utilização do Programa *IBM Statistical Package of Social Sciences SPSS*, versão 16.0. Os resultados foram considerados significativos para uma probabilidade de significância inferior a 5% ($p < 0,05$), tendo pelo menos 95% de confiança nas conclusões apresentadas. A influência das variáveis do

perfil sociodemográfico em relação aos domínios dos questionários SF-36 e OHIP-14 foi avaliada através dos testes Qui-Quadrado, U de *Mann-Whitney* e *Kruskal Wallis*, para dados não paramétricos (não normais), confirmados pelo teste *Kolmogorov-Smirnov*. Para correlação entre os domínios dos questionários OHIP 14 e SF-36 foi utilizado o teste *Spearman's*.

A consistência interna do instrumento SF-36 foi verificada por meio do Coeficiente Alfa de *Cronbach* () e encontrado o valor 0,911 considerado muito bom para uma pesquisa exploratória, mostrando que os dados são confiáveis e o instrumento tem boa qualidade para interpretação.

Resultados

A tabela 1 apresenta a distribuição das variáveis do perfil sociodemográfico e econômico dos idosos participantes deste estudo.

Tabela 1- Distribuição das variáveis do perfil sociodemográfico e econômico dos idosos (n=224), oeste da Bahia, Brasil, 2015.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	41	18,3
Feminino	183	81,7
Idade		
70	128	57,1
> 70	96	42,9
Estado civil		
Casado	93	41,5
Viúvo	103	46,0
Divorciado/Solteiro	28	12,5
Profissão		
Aposentado	123	54,9
Do lar	68	30,4
Outras	33	14,7
Escolaridade		
Analfabeto	57	25,4
Fundamental incompleto	130	58,0
Outras	37	16,6
Número de filhos		
3	45	20,1
4 a 6	99	44,2
7	80	35,7
Residência própria		
Não	28	12,5
Sim	196	87,5
Transporte próprio		
Não	166	74,1
Sim	58	25,9
Renda salário mínimo		
1	77	34,4
1,5 a 2,5	103	46,0
> 3	44	19,6
Plano de saúde		
Não	203	90,6

Sim	21	9,4
Suporte da comunidade		
Posto de saúde	206	92,0
Outros	18	8,0
ABEP		
B1/B2	15	6,7
C1/C2	96	42,9
D/E	113	50,4
Serviços		
Enfermagem	181	80,8
Médico	213	95,1
Medicamento	202	90,2
Outros	25	11,1

A amostra final totalizou 224 idosos, sem perdas e representativa para população pesquisada. O perfil sociodemográfico e econômico mostrou: 81,7% pertenciam ao sexo feminino; 57,1% com idade inferior a 70 anos; 46% viúvos e 41,5% casados; 54,9% aposentados; 83,4% com baixa escolaridade (analfabetos + fundamental incompleto); 79,9% com mais de 4 filhos; 87,5% com residência própria; 74,1% sem transporte próprio; 80,4% com baixa renda (< 2,5 salários mínimos); 90,6% sem plano de saúde; 92% usuários do Sistema de Saúde Pública-SUS; 93,3% as classes econômicas com baixo poder de compra (C+D+E); os serviços mais procurados no SUS foram: 95,1% médico; 90,2% medicamento e 80,8% enfermagem.

Na variável profissão, “Outras” representam: lavrador, doméstica, costureira, artesão, serviços gerais, auxiliar administrativo, comerciante, marceneiro e motorista; na variável escolaridade, a categoria “Outras” correspondem ao ensino fundamental completo, médio incompleto, médio completo e superior; no suporte da comunidade “Outros” referem-se a instituição religiosa, particular e programa Idade Viva; e na variável serviços “Outros” representam: Fisioterapia, Fisioterapia Respiratória, Dentista, Nutrição e Terapia Ocupacional (Tabela 1).

A tabela 2 apresenta a distribuição da pontuação por domínio do questionário OHIP-14, aplicado nos idosos participantes deste estudo.

Tabela 2- Distribuição da pontuação nos domínios do questionário OHIP-14 aplicado nos idosos (n=224), oeste da Bahia, Brasil, 2015.

Domínios OHIP-14	Sem impacto		Com impacto	
	n	%	N	%
OHIP 14				
Limitações funcionais	155	69,2	69	30,8
Dor física	97	43,3	127	56,7

Desconforto psicológico	140	62,5	84	37,5
Incapacidade física	175	78,1	49	21,9
Incapacidade psicológica	146	65,2	78	34,8
Incapacidade social	158	70,5	66	29,5
Invalidez	110	49,1	114	50,9
OHIP total	36	16,1	188	83,9

A maioria, 83,9% dos idosos entrevistados neste estudo, declarou sofrer impacto das condições bucais sobre a qualidade de vida. Os domínios mais citados como impactantes foram a Dor física e a Invalidez, seguidas do Desconforto psicológico. Já os domínios menos impactantes foram a Incapacidade física, a Incapacidade social e as Limitações funcionais (Tabela2).

A tabela 3 traz a Média, Mediana e o Desvio Padrão das dimensões do questionário SF-36 aplicado nos idosos participantes deste estudo.

Tabela 3- Média, mediana e desvio padrão das dimensões do questionário SF-36 aplicado nos idosos (n=224), oeste da Bahia, Brasil, 2015.

Domínios SF-36	n	Mediana	Média	IC 95% Média		DP	Min	Max
				Inferior	Superior			
Capacidade Funcional	224	70,00	65,74	62,11	69,37	27,57	5,00	100,00
Aspectos Físicos	224	0,00	32,25	26,49	38,02	43,79	0,00	100,00
Dor	224	50,00	52,28	48,99	55,56	24,94	10,00	90,00
Estado Geral de Saúde	224	55,00	53,68	51,44	55,93	17,06	5,00	90,00
Vitalidade	224	85,00	75,25	71,92	78,57	25,24	10,00	100,00
Aspectos Sociais	224	87,50	72,88	68,62	77,14	32,37	0,00	100,00
Aspecto Emocional	224	66,67	51,64	45,21	58,06	48,77	0,00	100,00
Saúde Mental	224	80,00	73,07	69,85	76,29	24,44	4,00	100,00

As dimensões do questionário SF-36 que obtiveram os piores escores foram: os Aspectos Físicos, o Aspecto Emocional, a Dor e o Estado Geral de Saúde; e as dimensões com melhores resultados foram: a Vitalidade, a Saúde Mental, os Aspectos Sociais e a Capacidade Funcional (Tabela 3).

A tabela 4 apresenta a distribuição dos domínios do questionário OHIP-14 em relação as variáveis do perfil sociodemográfico e econômico dos idosos deste estudo, composta apenas das relações significativas.

Tabela 4- Distribuição dos domínios do questionário OHIP-14 em relação as variáveis do perfil sociodemográfico e econômico dos idosos (n=224), oeste da Bahia, Brasil, 2015.

Variáveis/OHIP-14	Sem impacto		Com impacto		p
	n	%	n	%	
Sexo/Invalidez					
Masculino	27	24,5	14	12,3	
Feminino	83	75,5	100	87,7	
Total	110	100,0	114	100,0	0,018*
Número de filhos/Invalidez					
3	32	30,2	13	11,4	
4 a 6	39	36,8	60	52,6	
7	35	33,0	41	36,0	
Total	106	100,0	114	100,0	0,002*
Número de filhos/Desconforto psicológico					
3	34	24,8	11	13,3	
4 a 6	53	38,7	46	55,4	
7	50	36,5	26	31,3	
Total	137	100,0	83	100,0	0,048*
Residência própria/Incapacidade social					
Não	15	9,5	13	19,7	
Sim	143	90,5	53	80,3	
Total	158	100,0	66	100,0	0,035*
Residência própria/Limitações funcionais					
Não	14	9,0	14	20,3	
Sim	141	91,0	55	79,7	
Total	155	100,0	69	100,0	0,019*
Transporte próprio/Incapacidade social					
Não	123	77,8	43	65,2	
Sim	35	22,2	23	34,8	
Total	158	100,0	66	100,0	0,048*
Transporte próprio/Incapacidade física					
Não	123	70,3	43	87,8	
Sim	52	29,7	6	12,2	
Total	175	100,0	49	100,0	0,014*
ABEP/Desconforto psicológico					
B1/B2	6	4,3	9	10,7	
C1/C2	55	39,3	41	48,8	
D/E	79	56,4	34	40,5	
Total	140	100,0	84	100,0	0,030*
ABEP/Dor física					
B1/B2	7	7,2	8	6,3	
C1/C2	30	30,9	66	52,0	
D/E	60	61,9	53	41,7	
Total	97	100,0	127	100,0	0,006*

Teste: Qui Quadrado; * Estatisticamente significativo.

O maior impacto no domínio Invalidez do OHIP-14 relacionou-se com sexo feminino e com ter de 4 a 6 filhos; o domínio Desconforto psicológico com ter de 4 a 6 filhos e pertencer as classes econômicas C1/C2; o domínio Incapacidade social com ter residência própria e sem transporte próprio; o domínio Limitações funcionais com ter residência própria; o domínio Incapacidade física com não ter transporte próprio; e o domínio Dor física com pertencer as classes econômicas C1/C2 (Tabela 4).

A tabela 5 apresenta a Média, Mediana e Desvio Padrão das dimensões do questionário SF-36 em relação as variáveis do perfil sociodemográfico e econômico dos idosos deste estudo, composta apenas pelas relações significativas.

Tabela 5- Média, mediana e desvio padrão das dimensões do questionário SF-36 em relação as variáveis do perfil sociodemográfico e econômico dos idosos (n=224), oeste da Bahia, Brasil, 2015.

Variáveis/SF-36	n	Média	Mediana	DP	IC 95% Média		Min	Max	p
					Inferior	Superior			
Plano Saúde/Dor									
Não	203	50,64	50,00	24,62	47,23	54,05	10,00	90,00	0,003*
Sim	21	68,10	70,00	22,94	57,65	78,54	20,00	90,00	
Plano Saúde/Estado Geral de Saúde									
Não	203	52,78	55,00	17,16	50,41	55,16	5,00	90,00	0,014*
Sim	21	62,38	65,00	13,47	56,25	68,51	35,00	80,00	
Plano Saúde/Aspectos Sociais									
Não	203	70,94	87,50	32,91	66,38	75,49	0,00	100,00	0,004*
Sim	21	91,67	100,00	18,26	83,36	99,98	25,00	100,00	
Plano Saúde/Aspecto Emocional									
Não	203	49,59	33,33	48,67	42,85	56,33	0,00	100,00	0,048*
Sim	21	71,43	100,00	46,29	50,36	92,50	0,00	100,00	
Escolaridade/Capacidade Funcional									
Analfabeto	57	58,51	60,00	27,61	51,18	65,84	5,00	100,00	0,046
Fundamental	140	67,57	75,00	27,92	62,91	72,24	5,00	100,00	
Médio	27	71,48	70,00	23,32	62,26	80,71	20,00	100,00	
Escolaridade/Aspectos Físicos									
Analfabeto	57	18,42	0,00	35,52	9,00	27,85	0,00	100,00	0,030
Fundamental	140	35,71	0,00	45,10	28,18	43,25	0,00	100,00	
Médio	27	43,52	0,00	47,33	24,80	62,24	0,00	100,00	
Escolaridade/Estado Geral de Saúde									
Analfabeto	57	46,23	45,00	16,99	41,72	50,74	5,00	75,00	0,000
Fundamental	140	56,89	60,00	14,93	54,40	59,39	10,00	90,00	
Médio	27	52,78	50,00	22,46	43,89	61,66	10,00	80,00	
Escolaridade/Aspecto Emocional									
Analfabeto	57	38,60	0,00	47,47	26,00	51,19	0,00	100,00	0,030
Fundamental	140	53,81	100,00	49,23	45,58	62,04	0,00	100,00	
Médio	27	67,90	100,00	43,83	50,56	85,24	0,00	100,00	
Escolaridade/Saúde Mental									
Analfabeto	57	63,93	68,00	26,94	56,78	71,08	4,00	100,00	0,005
Fundamental	140	76,43	80,00	21,36	72,86	80,00	8,00	100,00	
Médio	27	74,96	88,00	29,55	63,27	86,65	16,00	100,00	
N de filhos/Aspectos Físicos									
3	45	44,44	25,00	45,82	30,68	58,21	0,00	100,00	0,045
4 a 6	99	31,06	0,00	43,90	22,30	39,82	0,00	100,00	
7	76	23,68	0,00	39,98	14,55	32,82	0,00	100,00	
N de filhos/Vitalidade									
3	45	75,78	85,00	22,66	68,97	82,59	25,00	100,00	0,005
4 a 6	99	79,04	90,00	26,11	73,83	84,25	10,00	100,00	
7	76	69,61	75,00	24,79	63,94	75,27	10,00	100,00	
N de filhos/Aspectos Sociais									
3	45	81,94	100,00	25,64	74,24	89,65	25,00	100,00	0,048
4 a 6	99	73,86	87,50	30,52	67,78	79,95	0,00	100,00	
7	76	65,46	75,00	37,02	57,00	73,92	0,00	100,00	
Renda/Saúde Mental									
1	77	66,65	68,00	25,67	60,82	72,48	4,00	100,00	0,006
1,5 a 2,5	103	74,95	80,00	23,94	70,27	79,63	8,00	100,00	
> 3	44	79,91	84,00	21,07	73,50	86,31	12,00	100,00	

Testes: Kruskal Wallis, * U Mann-Whitne

A variável Plano de Saúde relacionou-se com os domínios: Dor, Estado Geral da Saúde, Aspectos Sociais e Aspecto Emocional; a variável Escolaridade relacionou-se com os domínios: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Estado Geral da Saúde, Aspecto Emocional e Saúde Mental; a variável Número de filhos relacionou-se com os domínios: Aspectos Físicos, Vitalidade e Aspectos Sociais; e a variável Renda relacionou-se como domínio Saúde Mental (Tabela 4).

A tabela 6 apresenta a correlação entre os domínios do questionário OHIP-14 com as dimensões do questionário SF-36 aplicados nos idosos deste estudo.

Tabela 6- Correlação entre os domínios do questionário OHIP-14 e as dimensões do questionário SF-36, dos idosos (n=224) do oeste da Bahia, Brasil, 2015.

Dimensões- SF-36	Capacidade Funcional	Aspectos Físicos	Dor	Estado Geral de Saúde	Vitalidade	Aspectos Sociais	Aspecto Emocional	Saúde Mental
OHIP 14								
Limitações funcionais								
r	0,026	-0,067	-0,063	0,028	-0,016	-0,128	-0,001	-0,056
p	0,700	0,319	0,351	0,680	0,812	0,056	0,987	0,401
Dor física								
r	-0,025	0,067	0,065	0,153	0,102	0,174	0,167	0,140
p	0,706	0,318	0,331	0,022*	0,128	0,009*	0,012*	0,036*
Desconforto psicológico								
r	-0,107	-0,012	-0,145	0,025	0,056	-0,023	-0,014	-0,021
p	0,110	0,864	0,030*	0,710	0,404	0,737	0,834	0,757
Incapacidade física								
r	0,052	0,052	-0,012	0,077	-0,015	0,014	0,006	-0,028
p	0,436	0,442	0,863	0,248	0,818	0,837	0,928	0,674
Incapacidade psicológica								
r	-0,157	-0,082	-0,153	-0,085	-0,059	-0,145	-0,042	-0,125
p	0,019*	0,222	0,022*	0,208	0,383	0,030*	0,527	0,061
Incapacidade social								
r	-0,225	-0,111	-0,236	-0,139	-0,054	-0,101	-0,021	-0,105
p	0,001*	0,098	0,000*	0,038*	0,419	0,132	0,754	0,118
Invalidez								
r	-0,069	-0,205	-0,109	-0,038	0,208	-0,135	-0,049	0,096
p	0,303	0,002*	0,103	0,575	0,002*	0,043*	0,465	0,154
OHIP total								
r	-0,060	-0,070	0,038	0,053	0,118	0,047	0,064	0,055
p	0,373	0,297	0,573	0,426S	0,079	0,488	0,338	0,412

Teste: Spearman's, r- valor da correlação, p- significância estatística (p<0,05), * Estatisticamente significativo

As correlações entre os domínios do questionário OHIP-14 e as dimensões do questionário SF-36 mostraram-se fracas e inversas, sendo que a mais significativa foi na relação do domínio Incapacidade social (OHIP-14) com Dor e Capacidade Funcional (SF-36). Os domínios Incapacidade psicológica e Incapacidade social (OHIP-14) afetam todas as dimensões do SF-36. Assim, esta correlação sugere que os impactos das condições bucais prejudicam pouco a qualidade de vida relacionada à saúde geral (Tabela 6).

Discussão

Este estudo mostrou que a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos idosos comunitários está muito comprometida, com alta proporção de relatos de impacto. A qualidade de vida relacionada à saúde bucal está pior nos domínios Dor física e Invalidez e está correlacionada à pior saúde geral na dimensão Aspectos Físicos. Tanto a qualidade de vida relacionada à saúde bucal quanto a qualidade de vida relacionada à saúde geral sofrem forte influência das precárias condições socioeconômicas.

As características sociodemográficas e econômicas são semelhantes às descritas por vários estudos, com o predomínio de mulheres^{1,11,12,14}, com baixa escolaridade^{11,13,14}, e com grande número de filhos¹ e a baixa renda¹³. Estes determinantes sociais são considerados estruturais pois geram estratificação social e contribuem para aumentar as desigualdades em saúde. Neste estudo, as condições de vida dos idosos refletem a necessidade de ações governamentais de curto, médio e longo prazo; estratégias de intervenção coordenadas e coerentes, implementadas em vários setores da sociedade para melhorar a situação da saúde e reduzir desigualdades^{16,17,18}.

O alto impacto das condições bucais sobre a qualidade de vida dos idosos (83,9%) foi semelhante ao resultado de um estudo mexicano¹⁹ (87,3%), onde os autores associaram o alto impacto com os maiores índices de dentes cariados, perdidos e obturados; semelhante também a um estudo chinês²⁰ (82,0%), que relacionou o alto impacto com a baixa escolaridade da amostra; porém divergente de dois estudos brasileiros^{21,4}. O primeiro²¹ encontrou 35% como frequência de impacto; e o segundo⁴, obteve 46%. Tais diferenças são entendidas pelas dimensões continentais do Brasil, com grandes regiões, distintas entre si nas condições socioeconômicas, ambientais e culturais. Estas divergências são preocupantes, não são aceitáveis, e exigem um enfrentamento imediato, com ações políticas, econômicas e de educação em saúde^{4,15,18}.

Os domínios do questionário OHIP-14 com maior pontuação e portanto, mais impactantes na qualidade de vida do idoso foram a Dor física, Invalidez e Desconforto

psicológico. Outras investigações mostraram resultado semelhante, com a maior frequência de impacto no domínio Dor física; e mais especificamente na questão sobre quão incomodado o idosos se sente ao comer algum alimento, por causa de problemas com seus dentes ou sua boca^{22,23,24,25}.

No Brasil, resultados do último levantamento epidemiológico de saúde bucal foram semelhantes quanto ao maior impacto no domínio Dor física e o incômodo ao comer. Revelando a falta de programas e políticas preventivas voltadas para este grupo etário; além da necessidade de melhorias no acesso e na qualidade dos serviços odontológicos prestados^{4,15}.

O domínio Invalidez obteve alta frequência de impacto, neste domínio são abordadas as questões relacionadas a influência das condições bucais sobre as atividades da vida diária, comprova-se que para no grupo estudado o nível de funcionalidade da condição bucal repercute em incapacidade na vida em geral. É relevante avaliar que o declínio funcional, bem como as limitações são vivenciadas a partir dos recursos pessoais e sociais de que o indivíduo dispõe. Destaca-se que esse domínio não foi impactante em vários estudos realizados com população idosa^{19,21,22,23,24,25,26,27}.

O questionário SF-36 avaliou que a qualidade de vida dos idosos é melhor nas dimensões: Vitalidade, Saúde Mental, Aspectos Sociais, Capacidade Funcional; em detrimento das dimensões: Aspectos Físicos, Aspectos Emocionais, Dor, Estado Geral de Saúde. Tais resultados sugerem um grande exemplo de superação que os idosos conseguem nos trazer, pois apesar das dificuldades de ordem social, física e emocional, apresentam grande disposição para realizar suas atividades. Ao encontrar apoio social no centro de convivência, demonstram alegria e satisfação em participar das várias atividades oferecidas; comprovando a influência benéfica de tais grupos para um envelhecimento ativo e saudável²⁸.

A comparação dos domínios relacionados à saúde bucal com as variáveis sociodemográficas e econômicas constatou que pertencer ao sexo feminino, ter quatro ou mais filhos, não possuir transporte próprio e pertencer as classes econômicas com menor poder de compra, implicam em pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Portanto, faz-se necessário desenvolver programas preventivos e políticas que reduzam as desigualdades sociais na educação e capacitação, permitindo melhoria econômica; voltados especialmente às mulheres idosas, pois além de serem maioria em quase todos os lugares, sofrem com a violência e a discriminação^{16,28}.

A qualidade de vida relacionada à saúde geral está mais prejudicada nos idosos sem plano de saúde, analfabetos, com mais de sete filhos e com renda menor ou igual a um salário mínimo; e a dimensão Aspectos Físicos do SF-36 obteve a pontuação mais baixa indicando

maior impacto, seguidos pelo Aspecto Emocional e a Dor. Aqui se faz notar mais uma vez a urgência de ações sobre os determinantes sociais de saúde, pois as políticas são recentes e seus resultados não são notados ainda, mas confirmam que a articulação dos serviços é crucial para a promoção de um envelhecimento saudável¹⁷.

As correlações das dimensões do questionários SF-36 com os domínios do questionário OHIP-14 mostraram-se que é quase nula ou fraca a influência das condições bucais sobre a qualidade de vida em geral. Esse resultado foi contrário às expectativas dos pesquisadores. É curioso e preocupante. Isto porque esperava-se que o impacto das condições bucais refletissem em pior qualidade de vida geral, porém as condições socioeconômicas dos idosos são precárias, têm a sobrevivência como prioridade e não percebem tal impacto. Vários estudos observaram impacto negativo na qualidade de vida geral causado por problemas bucais^{19,20,22,23,24,25,27,29}.

Como a maioria dos idosos são usuários do serviço público de saúde, cabe o desenvolvimento de programas específicos, nas unidades de atenção básica como: promoção da saúde bucal, atividades educacionais, preventivas, curativas e reabilitadoras. O tratamento odontológico possibilita o resgate da funcionalidade e estética bucal, contribuindo para a melhoria na qualidade de vida deste grupo, que sofre tantas desvantagens sociais e econômicas^{13,16,17,21,22,25,27,30,31,32}.

Uma das limitações deste estudo foi a amostra contar apenas com indivíduos residentes na zona urbana. As comunidades da zona rural geralmente apresentam resultados de impacto maiores na avaliação da condição bucal sobre a qualidade de vida, quando comparados aos indivíduos da zona urbana^{1,5,13,21,33}.

Os resultados do presente estudo são representativos para o universo populacional escolhido, não podendo ser generalizado para todas as populações idosas, mas pode ser a realidade de algumas delas.

Conclusão

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos idosos sofre grande impacto nos domínios Dor física e Invalidez; e mostra fraca correlação com a saúde geral. Porém, os fatores sociodemográficos e econômicos tais como sexo, número de filhos, residência própria, transporte próprio e classe econômica implicam em pior qualidade de idoso.

A alta frequência de impacto das condições bucais sobre a qualidade de vida dos idosos serve de alerta aos gestores de saúde. Tais relações nos permitem inferir que o aumento na oferta, a melhor distribuição dos serviços odontológicos especializados, a facilidade no

acesso aos procedimentos preventivos, curativos e reabilitadores; podem contribuir para melhoria na qualidade de vida dos idosos, ao restituir a funcionalidade da cavidade bucal.

Os instrumentos psicométricos complementam as informações clínicas, permitem conhecer a percepção do indivíduo sobre sua condição bucal e a sua necessidade de tratamento, tornando-se auxiliar importante ao planejamento de serviços odontológicos.

Recomenda-se que mais estudos acerca do tema sejam realizados a fim de formar uma opinião mais densamente embasada, permitindo compreender os fatores relacionados à autopercepção e aos comportamentos em relação à saúde bucal dos idosos.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos e Análises, Informação Demográfica e Socioeconômica. Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI. Subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro 2015; (3).
2. Minayo MC. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciên. saúde colet 2000; 5(1): 7-18.
3. Organização Mundial de Saúde. The World Oral Health Report. Continuous improvement of oral health in the 21st century of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva: WHO; 2003.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília, 2011.
5. Martins AMEBL, Haikal DAS, Pereira SM, Barreto SM. Uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro 2008; 24(7): 1651-66.
6. Biazevic MGH, Crosato EM, Iagher F, Pooter CE, Correa SL, Grasel CE. Impacto of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. Braz Oral Res 2004; 18(1): 85-91.

7. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* Copenhagen 1997; 25(4): 284–90.
8. Vieira BHOM. Prevalência e impacto da dor de dente em uma população de mulheres grávidas no Rio de Janeiro, Brasil. 205 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Departamento de Epidemiologia, Rio de Janeiro, 2003.
9. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999; 39(3).
10. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. Critérios de Classificação Econômica Brasil (CCEB); 2012. [Acessado 2015 out 26]. Disponível em: <http://www.abep.org>.
11. Moura C, Cavalcante FT, Catão MHCV, Gusmão ES, Soares RSC, Santillo PMH. Fatores relacionados ao Impacto das Condições de Saúde Bucal na Vida Diária de Idosos, Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2011; 11(4): 553-59. doi: 10.4034/PBOCI.2011.114.16
12. Souza EHA, Barbosa MBCB, Espíndola J, Gonçalves KJ. Impacto da Saúde Bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade de Recife (PE, Brasil). *Ciê. saúde colet* 2010; 15(6): 2955-64.
13. Vasconcelos LCA, Prado Júnior RR, Teles JBM, Mendes RF. Autopercepção de saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(6): 1101-10.
14. Miranda LP, Silveira MF, Miranda LP, Bonan PRF. Autopercepção das condições bucais em uma população de idosos da Cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2011; 14(2): 251-69.

15. Xavier AFC, Santos JA, Alencar CRB, Andrade FJP, Clementino MA, Menezes TN et al. Uso dos Serviços Odontológicos Entre Idosos Residentes no Município de Campina Grande, Paraíba. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2013; 13(4): 371-76. doi: 10.4034/PBOCI.2013.134.10
16. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Brasília, 2008.
17. Organização Mundial de Saúde. World Health Organization. World Conference on Social Determinants of Health. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: WHO; 2011.
18. Soares FF, Chaves SCL, Cangussu, MCT. Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 34(6): 401-6.
19. Fuente-Hernández J, Sumano-Moreno O, Sifuentes-Valenzuela MC, Zelocatecati-aguilar A. Impacto de la salud en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Univ. Odontol* 2010; 29(63): 83-92. ID: lil-587067
20. Zhou Y, Zhang M, Jiang H, WU B, DU M. Oral Health Related Quality of Life among Older Adults in Central China. *Community Dent Health* 2012; 29(3): 219-23. ID: mdl-23038938
21. Miotto MHMB, Barcellos LA, Velten DB. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. *Ciê. saúde colet* 2012; 17(2): 397-406. PMID: 22267035.
22. Gagliard DI, Slade GD, Sanders AE. Impact of dental care on oral health-related quality of life and treatment goals among elderly adults. *Aust Dent J* 2008; 53(1): 26-33. doi: 10.1111/j.1834-7819.2007.00005.x.
23. Dahl KE, Wang NJ, HolsT, D, Öhrn K. Oral health-related quality of life among adults 68-77 years old in Nord-Trondelag, Norway. *Int J of Dent Hyg* 2011; 9(1): 87-92. doi: 10.1111/j.1601-5037.2010.00445.x.

24. Stenman U, Ahlqwist M, Björkelund C, Hakeberg M. Oral health-related quality of life – associations with oral and conditions in Swedish 70-year-old individuals. *Gerodontology* 2012; 29(2): 440-6. doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00495.x.
25. Pallegedara C, Ekanayake L. Effect of tooth loss and denture status on oral health-related quality of life of older individuals from Sri Lanka. *Community Dent Health* 2008; 25(4): 196-200.
26. Ikebe K, Hazeyama T, Morii K, Matsuda K, Maeda Y, Nokubi T. Impacto of Masticatory Performance on Oral Health-Related Quality of Life for Elderly Japanese. *Int J Prosthodont* 2007; 20(5): 478-85.
27. Mestriner SF, Almeida ASQ, Mesquita LP, Bulgarelli AF, Mestriner Junior W. Oral health conditions and quality of life of elderly users of the Unified National Health System. *Rev Gaúch Odontol* 2014; 62(4): 389-94. ID: lil-741686.
28. WHO. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF, 2005.
29. Brennan DS, Singh KA. General health and oral health self-ratings, and impact of oral problems among older adults. *Eur J of Oral Sci* 2011; 119(6): 469-73. doi: 10.1111/j.1600-0722.2011.00873.x.
30. Organização Mundial de Saúde. Direção Geral da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa: WHO; 2004.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2014.
32. Chapelin CC, Barcellos LA, Miotto MHBM. Efetividade do tratamento odontológico e redução de impacto na qualidade de vida. *UFES Rev Odontol* 2008; 10(2): 46-51.

33. Cohen-Carneiro F, Rebelo MAB, Souza-Santos R, Ambrosano GMB, Salino AV, Pontes DG. Psychometric properties of the OHIP-14 and prevalence and severity of oral health impacts in a rural riverine population in Amazonas State, Brazil *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(6): 1122-30.

7 CONCLUSÕES

- A revisão integrativa trouxe o panorama mundial de avaliação do impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida de idosos comunitários, medido por meio do instrumento *Oral Health Impact Profile – short form* (OHIP-14). Revela que a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos idosos sofre alta frequência de impacto e que tais impactos são percebidos principalmente nos domínios do OHIP-14: Dor Física e Desconforto Psicológico. A maior frequência de impacto significa pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal e esteve associada com: baixa renda, baixo grau de escolaridade, maior número de dentes perdidos, uso ou necessidade de próteses dentárias, tipo de serviço odontológico utilizado (urgência) e ao maior número de problemas de saúde geral. A utilização de instrumento capaz de mensurar a percepção de impacto das condições bucais sobre a qualidade de vida de idosos é um importante auxiliar e complementar do exame clínico para o planejamento dos serviços odontológicos.
- A qualidade de vida dos idosos comunitários, do oeste da Bahia/Brasil, quando relacionada com o impacto das condições de saúde bucal, medida por meio do instrumento *Oral Health Impact Profile – short form* (OHIP-14), mostra uma alta prevalência de impacto (83,9%), percebido principalmente nos domínios: Dor física e Desconforto psicológico. Revelando a falta de programas e políticas preventivas com ações de educação em saúde, que permitam despertar e conscientizar o idoso e a sociedade sobre a importância da saúde bucal; além da necessidade de melhorias no acesso e na qualidade dos serviços odontológicos prestados, como medidas para promoção de saúde.
- A qualidade de vida dos idosos comunitários, do oeste da Bahia/Brasil, quando relacionada com a saúde geral, medida por meio do instrumento o *Medical Outcome Study 36 – Item Short-Form Health Survey* (SF-36), revela que a qualidade de vida dos idosos está melhor nas dimensões: Vitalidade, Saúde Mental, Aspectos Sociais, Capacidade Funcional; em detrimento das

dimensões: Aspectos Físicos, Aspectos Emocionais, Dor, Estado Geral de Saúde. Tais resultados sugerem uma grande superação dos idosos, pois apesar das dificuldades de ordem social, física e emocional, apresentam grande disposição para realizar suas atividades. O apoio social oferecido pelo centro de convivência reflete em alegria e satisfação dos idosos, comprovando ser de suma importância, devido a influência benéfica para um envelhecimento ativo e saudável.

- Os aspectos socioeconômicos e demográficos influenciam uma pior qualidade de vida relacionada às condições de saúde bucal, principalmente nos idosos do sexo feminino, com quatro ou mais filhos, que não possuem transporte próprio e pertencem às classes econômicas com menor poder de compra. Promover igualdade em saúde é fundamentalmente um compromisso ético, requer uma posição política para orientar as ações e assegurar o direito universal à saúde. Portanto, faz-se necessário desenvolver programas preventivos e políticas que reduzam as desigualdades sociais na educação e capacitação, permitindo melhoria econômica; voltados especialmente às mulheres idosas, pois além de serem maioria em quase todos os lugares, sofrem com a violência e a discriminação.
- Os aspectos socioeconômicos e demográficos que mostram prejudicar mais a qualidade de vida relacionada à saúde geral dos idosos estudados foram: não ter plano de saúde, ser analfabeto, ter mais de sete filhos e possuir renda menor ou igual a um salário mínimo. A urgência de ações sobre os determinantes sociais de saúde faz preceber com bastante clareza e confirma que a articulação dos serviços para a promoção de um envelhecimento saudável é crucial ao desenvolvimento de qualquer país¹⁷.
- As correlações das dimensões do questionário SF-36 com os domínios do questionário OHIP-14 mostram que a influência dos impactos das condições bucais sobre a qualidade de vida em geral é de quase nula a fraca. Esta correlação sugere que as condições bucais são pouco percebidas, dentro do contexto social e econômico vivido pelos idosos deste estudo.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política Nacional de Saúde Bucal propõe uma reestruturação da atenção à saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo. A reorganização da política vem responder a uma definição de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas na promoção da boa qualidade de vida e na intervenção sobre os fatores que a colocam em risco. Assim, os serviços odontológicos prestados no âmbito do SUS devem promover saúde bucal por meio da incorporação de ações programáticas, abrangentes e intersetoriais (BRASIL, 2004).

Os resultados deste estudo permitiram refletir sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos idosos e os fatores sociodemográficos e econômicos associados. Estes fatores, que influenciaram para uma pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal, são determinantes sociais que geram desigualdades em saúde.

A oferta de atendimento digno ao idoso, usuário do SUS, requer uma redução de tais desigualdades em saúde; é um desafio, mas exige enfrentamento imediato. Portanto, algumas observações podem ser feitas:

- A saúde bucal representa um fator importante para a manutenção de uma boa qualidade de vida dos idosos;
- A realidade destacada nas características socioeconômicas do grupo estudado revela a necessidade de gestores e profissionais envolvidos serem sensibilizados e qualificados para o atendimento do idoso;
- A organização das “linhas do cuidado” com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra referência);
- O desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário e conhecimento do contexto familiar, disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa, ao atendimento e às providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades do idoso;
- O serviço pode organizar grupos de idosos (as) na unidade de saúde e instituições para desenvolver atividades de educação e prevenção;

- O atendimento clínico individual do idoso (a) evitando as filas e trâmites burocráticos que dificultem o acesso, com reserva de horários e dias específicos para o atendimento;
- Políticas que priorizem ações direcionadas aos determinantes sociais de saúde, tais como ampliação da cobertura de saneamento e de água fluoretada, redução da pobreza e das desigualdades regionais;
- Ações intersetoriais para a melhoria da saúde bucal dos idosos e que respondam a suas necessidades específicas;

Todos os idosos necessitam de um atendimento pautado no conhecimento do processo de envelhecimento, suas peculiaridades, dentro da realidade socioeconômica e cultural em que estão inseridos. Urge a necessidade de formulação de políticas públicas voltadas à promoção de saúde bucal para pessoas idosas, contribuindo, assim, para uma boa qualidade de vida.

Dessa forma, espera-se ter contribuído para o início de uma discussão com participação de gestores e profissionais, para que, juntos, proponham soluções para melhoria da atenção à saúde bucal do idoso, com vistas a reduzir as desigualdades sociais e promover um envelhecimento saudável.

Espera-se também que outros estudos deem seguimento a este, na busca por respostas aos questionamentos levantados e a outros que virão, uma vez que ainda são escassos os estudos nessa área no Estado da Bahia.

REFERÊNCIAS GERAIS

AFONSO, A. C.; SILVA, I. Qualidade de vida relacionada com saúde oral avaliada em adultos: revisão integrativa. **Psicologia, Saúde & Doenças**. v. 16, n. 2, p. 230-253, 2015.

ALLEN, P. F. Assessment of oral health related quality of life. **Health and quality of life outcomes**. Londres. v. 8, Sep. 2003. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=14514355>>. Acesso em: 14 jun. 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critérios de Classificação Econômica Brasil (CCEB)**, 2012. Disponível em: <<http://www.abep.org>>. Acesso em: 14 jun. 2014.

ATCHISON, K. A.; DOLAN, T. A. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. **Journal of Dental Education**. v. 54, p. 680-687, 1990.

BARRETO, M. L. et al. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades. **The Lancet**. v. 377, n. 9780, p. 1877-1889, 2001.

BARROS, V. M. **Impacto da dor orofacial na qualidade de vida dos pacientes com desordem temporomandibular**. 2005. 136 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

BIAZEVIC, M. G. H. et al. Impacto of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. **Brazilian Oral Research**. v. 18, n. 1, p. 85-91, 2004.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia Básica**. 2ª ed., 2ª reimpr. São Paulo, Santos, 2013.

BOWLING, A. et al. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. **International Journal Aging Human Development**. v. 56, n. 4, p. 269-306, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado Federal; 1988.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República. Congresso Nacional. Brasília, DF, 1990a. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 14 jun. 2014.

_____. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras

providências. Presidência da República. Casa Civil. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 14 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 25**, de 12 de dezembro de 1991. Aprova o documento do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS). Brasília, 1991. Disponível em: <<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

_____. **Lei nº 8.842**, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Brasília, DF, 1994. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em: 15 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.886**, de 18 de dezembro de 1997. Aprova normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Legislação do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1395**, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília, DF, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.444**, de 28 de dezembro de 2000 – D. O. de 29/12/00. Cria o Incentivo de Saúde Bucal para financiamento de ações e da inserção de profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF. CONASS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 702**, de 12 DE ABRIL de 2002. Criar mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do idoso. Brasília, DF, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2002b. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/>>. Acesso em: 14 jun. 2014.

_____. Lei Federal nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**. Brasília, DF, 2003. 1ª ed. p. 13-16. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/editora>>. Acesso em: 14 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnsb>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 283, de 22 de fevereiro de 2005. Antecipação do incentivo financeiro para **Centros de Especialidades Odontológicas - CEO** em fase de implantação, e dá outras providências. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-283.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 17. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2006b.

_____. Presidência da República. **Decreto de 13 de Março de 2006**. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. Brasília, DF, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 19. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento**. Brasília, DF. Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**, garantindo saúde nos municípios. 3ª ed. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Notícias**. Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2010/12/28/brasil-entra-no-grupo-de-paises-com-baixo-indice-de-carie-na-populacao-diz-saude>>. Acesso em: 14 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12. 44 p. Brasília, DF, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010c. Redes de Atenção à Saúde. Brasília, DF, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde. Projeto SB Brasil 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, DF, 2011.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 8.114**, de 30 de Setembro de 2013. Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo. Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral à saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2014.

BRENNAN, D. S.; SINGH, K. A. General health and oral health self-ratings, and impact of oral problems among older adults. **European Journal of Oral Sciences**. v. 119, p. 469-473, 2011

BRUNETTI, R. F. et al. Odontogeriatrics: notions of clinical interest. São Paulo, SP. **Artes Médicas**, 2002.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235, 2010.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. "Sendo para mim, eu abrevio": Percepções e atitudes acerca da alimentação entre idosos que moram sozinhos no município de Belo Horizonte, 2007. **Caderno de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 16, n. 3, p. 575-580, 2008.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CASTANHARO, S. M. **Estudo da qualidade de vida em pacientes com Disfunção Temporomandibular e cefaléias primárias**. 2011. 158 f. Dissertação (Mestrado em Reabilitação Oral) -Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual de São Paulo, 2011.

CHAPELIN, C. C.; BARCELLOS, L. A.; MIOTTO, M. H. B. M. Efetividade do tratamento odontológico e redução de impacto na qualidade de vida. **UFES/Revista de Odontologia**. v. 10, n. 2, p. 46-51, 2008.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**. v. 39, n. 3, 1999.

COHEN-CARNEIRO, F. et al. Psychometric properties of the OHIP-14 and prevalence and severity of oral health impacts in a rural riverine population in Amazonas State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 26, n. 6, p. 1122-1130, 2010.

CORTES, M. I. S. **Epidemiology of traumatic injuries to the permanent teeth and the impact of the injuries on the daily living of Brazilian schoolchildren**. 2000. 247 f. Tese (Doutorado em Filosofia) – Department of Epidemiology and Public Health, University College London, Londres, 2000.

DATASUS. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**, 2010. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2011.

DAHL, K. E. et al. Oral health-related quality of life among adults 68-77 years old in Nord-Trøndelag, Norway. **International Journal of Dental Hygiene**. v. 9, p. 87-92, 2011.

DEBERT, G. G. **A Reinvenção da Velhice**. Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento. 1. ed. 2. Reimp. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp, 2012.

DE MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. v. 13, supl. 1, p. 771-780, 2009.

DOLAN, T. A. Identification of appropriate outcomes for na aging population. **Special Care in Dentistry**. v. 13, n. 1, p. 35-39, 1993.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FERREIRA, C. A.; LOUREIRO, C. A. Custos para implantação e operação de serviço de saúde bucal na perspectiva do serviço e da sociedade. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 24, n. 9, p. 2071-2080, 2008.

FERRIOLLI, E. Promoção e Prevenção. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. 22. ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP. p. 177-191, 2008.

FREITAS, M. P. D.; MORAES, E. N. Dinâmica da rede de atenção à saúde da pessoa idosa. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. 22. ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP. p. 305-314, 2008.

FUENTE-HERNÁNDEZ, J. et al. Impacto de la salud en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. **Universitas Odontologica**. v. 29, n. 63, p. 83-92, 2010.

GAGLIARD, D. I.; SLADE, G. D.; SANDERS, A. E. Impact of dental care on oral health-related quality of life and treatment goals among elderly adults. **Australian Dental Journal**. v. 53, p. 26-33. 2008.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 1, p. 123-133, 2012.

GOLDMAN, S. N.; FALEIROS, V. P. Percepções sobre a velhice. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. 22. ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP. p. 23-30, 2008.

IKEBE, K. et al. Impacto of Masticatory Performance on Oral Health-Related Quality of Life for Elderly Japanese. **The International Journal of Prosthodontics**. v. 20, n. 5, p. 478-485. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO de GEOGRAFIA e ESTATÍSTICA. **Projeção da População do Brasil** por sexo e idade do período de 1980-2050. Revisão 2008. Disponível em: <
http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1272>. Acesso em: 14 jun. 2014.

_____. **Dados do Censo 2010**. Disponível em: <
http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php>. Acesso em: 14 jun. 2014.

_____. **MUNIC. Pesquisa de Informações Básicas Municipais.** Suplemento de Assistência Social. Perfil dos Municípios Brasileiros. 11ª ed., 2013.

_____. Estudos e Análises, Informação Demográfica e Socioeconômica, n.3. **Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI.** Subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro, 2015.

KURIHARA, E. et al. Relationship between oral health and psychological factors in institutionalized and non-institutionalized elderly individuals. **Revista Gaúcha de Odontologia.** Porto Alegre, RGS. v. 61, n. 2, p. 177-186, 2013.

LOCKER, D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: Slade, G. D. editor. **Measuring oral health and quality of life.** Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology; p.11-23, 1997.

LOCKER, D. et al. Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. **Community Dentistry and Oral Epidemiology.** v. 29, p. 373–81, 2001.

LOCKER, D.; GIBSON, B. Discrepancies between self-ratings of and satisfaction with oral health in two older adults populations. **Community Dentistry and Oral Epidemiology.** v. 33, p. 280-288, 2005.

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

MELLO, A. L. S. F.; ERDMANN, A. L.; CAETANO, J. C. Saúde Bucal do Idoso: por uma política inclusiva. **Texto Contexto Enfermagem.** Florianópolis, SC. v. 17, n. 4, p. 696-704, 2008.

MELLO, A. L. S. F.; MOYSÉS, S. J. Melhores Práticas em sistemas locais de saúde: sob foco, a saúde bucal do idoso. **Physis Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, RJ. v. 20, n. 3, p. 785-809, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-americana da Saúde. p. 549, 2011.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem.** Florianópolis, SC. v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. The Unified National Health System, 20 years: assessment and perspectives. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 25, n. 7, p. 1620-1625, 2009.

MESTRINER, S. F. et al. Oral health conditions and quality of life of elderly users of the Unified National Health System. **Revista Gaúcha de Odontologia** v. 62, n. 4, 389-294, 2014. ID: lil-741686.

MINAYO, M. C. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MIOTTO, M. H. M. B.; BARCELLOS, L. A.; VELTEN, D. B. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 2, p. 397-406. 2012.

MIRANDA, L. P. et al. Autopercepção das condições bucais em uma população de idosos da Cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro. v. 14, n. 2, p. 251-269, 2011.

MORAES, E. N. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. 22. ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP. p. 151-176, 2008.

MOURA, C. et al. Fatores relacionados ao Impacto das Condições de Saúde Bucal na Vida Diária de Idosos, Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa. v. 11, n. 4, p. 553-559, 2011. DOI: 10.4034/PBOCI.2011.114.16

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil**: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile—short form. **Community Dentistry and Oral Epidemiology** v. 33, n. 4, p. 307–314, August 2005. DOI: 10.1111/j.1600-0528.2005.00225.x

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Carta de Ottawa**. 1º Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá. 1986.

_____. Direção Geral da Saúde. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Lisboa, 2004.

_____. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF, 2005.

_____. **World Conference on Social Determinants of Health**. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro, Brasil, 2011.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. **Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores**. 3. ed. Washington, DC, 2003.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: histórias, avanços e desafios. **The Lancet**. v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2001.

PALLEGEDARA, C.; EKANAYAKE, L. Effect of tooth loss and denture status on oral health-related quality of life of older individuals from Sri Lanka. **Community Dental Health**. v. 25, p. 196-200. 2008.

- PETERSEN, P. E. et al. The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bulletin of the World Health Organization**. v. 83, n. 9, September, 2005.
- PICCINI, R. X.; FACCHINI, L. A.; TOMASI E. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Saúde Coletiva**. v. 11, n. 3, p. 657-667, 2006.
- PUCCA JÚNIOR, G. A. P. Saúde Bucal do Idoso: Aspectos Sociais e Preventivos. **Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em versão globalizada**. São Paulo, SP. Atheneu. p. 297-310, 2002.
- SAMPAIO, R. F. et al. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na Prática Clínica do Fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. v. 9, n. 2, p. 129-136, 2005.
- SCHIMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**. v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.
- SILVA, T. H. S. O direito à saúde retorna ao palco da política. **Brasil de Fato**, 11/10/2013. Disponível em: < <http://www.brasildefato.com.br/node/26248>>. Acesso em: 14 jun. 2014.
- SOUZA, E. H. A. et al. Impacto da Saúde Bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade de Recife (PE, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 15, n. 6, p. 2955-2964, 2010.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, M. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. v. 8, n. 1, p. 102- 106, 2010.
- SLADE, G. D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. Copenhagen, v. 25, n. 4, p. 284–290, 1997.
- SOARES, F. F.; CHAVES, S. C. L.; CANGUSSU, M. C. T. Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. **Revista Panamericana de Salud Publica**. v. 34, n. 6, p. 401-406, 2013.
- STENMAN, U. et al. Oral health-related quality of life – associations with oral and conditions in Swedish 70-year-old individuals. **Gerodontology**. v. 29, p. 440-446. 2012.
- TOGNA, G. R. D. et al. Perspectivas de utilização da CIF em saúde bucal do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. v. 40, n. 132, p. 228-236, 2015.
- VASCONCELOS, L. C. A. et al. Autopercepção de saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 28, n. 6, p. 1101-1110, 2012.

VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 8, n. 3, p. 246-252, 2005.

VELARDE, J. E.; AVILA, F. C. Methods for quality of life assessment. **Salud Pública México**. v. 44, n. 4, p. 349-61, 2002.

VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 1, p. 231-238, 2012.

VIEIRA, B. H. O. M. **Prevalência e impacto da dor de dente em uma população de mulheres grávidas no Rio de Janeiro, Brasil**. 205 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) –Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Departamento de Epidemiologia, Rio de Janeiro, RJ. 2003.

WESTPHAL, M. F. et al. Monitoring Millennium Development Goals in Brazilian municipalities: challenges to be met in facing up to iniquities. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 27, n. Sup 2: S155-S163, 2011.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. New York, WHO, 1948.

_____. **The WHO Family of International Classifications** 2001. Disponível em: <<http://www.who.int/healthinfo/classifications/en/>>. Acesso em: 08 jan. 2016.

_____. **Definition of an older or elderly person** 2002 Disponível em: <<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

_____. **The World Oral Health Report 2003**. Continuous improvement of oral health in the 21st century of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva, WHO, 2003.

XAVIER, A. F. C. et al. Uso dos Serviços Odontológicos Entre Idosos Residentes no Município de Campina Grande, Paraíba. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**. v. 13, n. 4, p. 371-376, 2013. DOI: 10.4034/PBOCI.2013.134.10

ZHOU, Y. et al. Oral Health Related Quality of Life among Older Adults in Central China. **Community Dental Health**. v. 29, p. 219-223. 2012.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Saúde bucal e qualidade de vida de idosos independentes.

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), em uma pesquisa “Saúde bucal e qualidade de vida de idosos independentes”. Este estudo tem por objetivo avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de idosos independentes. Para tanto, utilizarei questionários com perguntas simples e objetivas relacionadas ao tema. O questionário será aplicado em local reservado, aqui mesmo no Programa Idade Viva em horário compatível e que não prejudique as suas atividades. A aplicação dos questionários terá duração de aproximadamente 60 minutos.

Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir e no caso de aceitar participar do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Terá o direito de retirar a autorização de participação a qualquer tempo sem nenhuma penalidade, mesmo que tenha assinado este documento. Em caso de dúvida sobre esta pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora pelos telefones: Francilia de Oliveira (77) 9115-9799 e (77) 3611-3267; ou dúvida sobre a ética na pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, telefone: (62) 3946-1512.

Riscos: o risco que poderá ter pela sua participação se restringirá à ansiedade e ao tempo gasto para responder às perguntas do questionário. No entanto, caso ocorra desconforto, a coleta de dados será encerrada. Garantimos que tomaremos todos os cuidados e providências quanto à assistência integral e irrestrita relacionada a prejuízos e danos decorrentes da sua participação neste estudo.

Benefícios: os resultados servirão para informar os profissionais da área da saúde e acadêmicos sobre as percepções que os idosos, da região oeste da Bahia, têm de sua saúde bucal e a relação desta com a sua qualidade de vida. Além de fornecer dados que poderão subsidiar programas direcionados para promoção de bem estar do idoso e informar políticas públicas. Como devolutiva aos que

participaram da pesquisa, os resultados serão apresentados na instituição participante.

Confidencialidade e privacidade: a confidencialidade dos dados coletados durante este estudo será protegida de acordo com a Resolução 466/2012. O seu nome ou informações identificáveis não serão utilizadas em relatórios ou publicações resultantes deste estudo. Os dados e resultados serão guardados por um período de cinco anos e analisados em forma de códigos, sendo que os seus dados pessoais serão mantidos em segredo o tempo todo. Após esse período o material será queimado. A sua participação neste estudo se dará na reunião de apresentação do estudo aos grupos, no momento da aplicação dos questionários e no retorno dos resultados.

Os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para os fins da pesquisa. Os resultados se tornarão públicos e serão apresentados na forma de trabalho de conclusão de curso, divulgação em evento e artigo científicos. Comprometemos também a apresentar os resultados no Programa Idade Viva, na forma de apresentação individual e/ou coletiva. Assim, você poderá ter acesso aos resultados desta pesquisa.

Custos, pagamento ou ressarcimento: você não terá qualquer custo pela participação neste estudo, como também não receberá pagamento ou qualquer gratificação financeira. Caso você se sinta prejudicado, poderá pleitear junto aos órgãos competentes, indenização, que será concedida por determinação legal, caso seja comprovado a ocorrência de eventuais danos decorrentes da sua participação nesta pesquisa. Eu _____, RG _____,

abaixo assinado ou com impressão da digital do polegar direito, conversei com a pesquisadora Francilia de Oliveira sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também, que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem sofrer penalidades ou prejuízo. Local e data: _____

Nome do sujeito ou responsável _____

Assinatura do sujeito ou responsável _____

Nome e assinatura do pesquisador responsável _____

APÊNDICE B

CARTA À SECRETARIA DO TRABALHO E AÇÃO SOCIAL DO MUNICÍPIO DE BARREIRAS- BAHIA

Barreiras, 14 de junho de 2014.

À Secretária do Trabalho e Promoção Social da Prefeitura Municipal de Barreiras-
Bahia.

Prezada Sra. Antônia Pedrosa,

Eu, Francilia de Oliveira, cirurgiã dentista, servidora municipal desde 1996 e lotada na Secretaria de Saúde, venho através desta solicitar a permissão para realizar um estudo sobre a percepção que os idosos independentes têm sobre a saúde bucal e a qualidade de vida deles. O local escolhido foi o Programa Idade Viva desta secretaria por apresentar as condições favoráveis para esta pesquisadora, como o fato de ser meu local de trabalho e estar próximo da minha residência.

Como aluna na Pontifícia Universidade Católica de Goiás da Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Atenção à Saúde, o título do meu estudo é a “Saúde bucal e qualidade de vida de idosos independentes”, sob a orientação da Prof.^a Dra. Maysa Ferreira Ribeiro Martins. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, no qual aplicaremos questionários que serão lidos e preenchidos pela pesquisadora. Poderá haver o desencadeamento de emoções ao tratar da temática referente à condição de mutilação (comum às extrações dentárias), no entanto estaremos atentos para interromper a entrevista caso o indivíduo sinta qualquer desconforto.

O projeto de pesquisa foi elaborado de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e está disponibilizado para avaliação desta instituição (em anexo). A pesquisa só terá início após aprovação desta instituição e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Caso necessário, estarei disponível para maiores esclarecimentos (Francilia de Oliveira, pelo telefone: 77-9115-9799).

Respeitosamente

Francilia de Oliveira.

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO

1. Identificação

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade atual: _____

Sexo: () Feminino () Masculino Estado civil: _____ Profissão: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: _____ e-mail: _____

2. Escolaridade

() analfabeto (0 anos) () 1º fase do ens. Fundamental

() ensino fundamental completo (08 anos) () ensino médio incompleto

() ensino médio (11 anos) () superior incompleto

() superior completo (15 anos)

3. Quantos filhos o senhor (a) tem? Qual a idade dele (s)? R. _____

4. Qual o tipo de residência da sua família? () própria () cedida () alugada () outros

5. Quantas pessoas moram na casa? R. _____

6. Que meio de transporte o senhor (a) utiliza?

() carro próprio () moto () carro da família () ônibus () outros meios _____

7. Quantas pessoas contribuem para obtenção de renda da sua família? R. _____

8. Qual a renda mensal da família? R. _____

9. Tem Plano de Saúde? () não () sim. Qual? _____

10. O (a) senhor (a) possui outro tipo de suporte da comunidade?

() instituição religiosa () posto de saúde () prefeitura regional () ajuda financeira.

() outros. Quais? R. _____.

11. Qual (is) das assistências terapêuticas abaixo o senhor (a) tem acesso?

() assistência social () enfermagem () fisioterapia neurológica () fisioterapia respiratória

() fonoaudiologia () medicamento/médico () nutrição () terapia ocupacional () outros

ANEXO A

ENCAMINHAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DO TRABALHO E PROMOÇÃO SOCIAL



Secretaria Municipal do Trabalho e Promoção Social

Barreiras, 27 de junho de 2014

Ofício nº 61/2014-SEMTRAPS

Ao
Programa Idade Viva
Coordenadora
Sr(a). Lélia Rocha e/ou Clélia Macedo

ASSUNTO: Encaminhamento Projeto de Pesquisa

Encaminhamos a V.Sa Carta, Trabalho de Pesquisa, bem como a declaração da Sra. **FRANCILIA DE OLIVEIRA** para que esta possa desempenhar pesquisa inerente ao seu curso de Pós-Graduação, como discente da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC conforme consta dos documentos em anexo.

Cordialmente,

Ana Cristina Borelli
Ana Cristina Borelli
Coord. de Benefícios e Serviços
Decreto nº 143/2014
Sec. do Trabalho e Promoção Social

Recebido em
08/07/14
Lélia de Macedo Rocha



Av. Dr. Clériston Andrade, 729 – Centro – Barreiras/BA – CEP 47.801-900
Fone: (77) 3613-9591 / Fax: 3613-9710
Site: WWW.barreiras.ba.gov.br CNPJ nº 13.654.405/0001-95

Lélia de Macedo Rocha
Coordenadora
Matrícula nº 47313/2014
Programa Idade Viva - SEMTRAPS

ANEXO B**DECLARAÇÃO DA COORDENADORA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE****DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE**

Declaro ter lido e concordar com o projeto de pesquisa "Saúde Bucal e Qualidade de Vida de Idosos Independentes" de responsabilidade da pesquisadora Prof.ª Dra. Maysa F. M. Ribeiro (orientadora) e Francilia de Oliveira, e declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar. Estou ciente que a execução deste projeto dependerá da aprovação do mesmo pelo CEP da instituição proponente, mediante parecer ético consubstanciado e declaração de aprovação.

Barreiras, 11 de agosto 2014.



Lélia de Macedo Rocha

Coordenadora do Programa Idade Viva

Lélia de Macedo Rocha
Coordenadora
Matrícula nº 47319/2014
Programa Idade Viva - SEMTRAPS

ANEXO C

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-GOIÁS

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde Bucal e Qualidade de Vida de Idosos Independentes

Pesquisador: Maysa Ferreira Martins Ribeiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36239614.9.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 828.999

Data da Relatoria: 24/09/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal descritivo que será realizado para avaliar a saúde bucal e qualidade de vida de idosos residentes em uma cidade localizada no oeste da Bahia. A população do estudo serão idosos acima de 60 anos participantes do Programa Idade Viva da Secretaria do Trabalho e Promoção Social. O tamanho da amostra será de 204 indivíduos. Para avaliar a qualidade de vida serão utilizados os instrumentos SF-36, o Oral Health Impact Profile (OHIP-14), bem como os questionários socioeconômico e o Critério de Classificação Econômica Brasil da ABEP.

Os Critério de Inclusão foram ter 60 anos ou mais de idade; ser independente, com relação às atividades da vida diária e a locomoção; frequentar o Programa Idade Viva de um município no oeste da Bahia; alfabetizados e não alfabetizados; concordar em participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Critério de Exclusão foi não possuir capacidade cognitiva suficiente para compreender e responder os questionários que serão utilizados.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a saúde bucal e qualidade de vida de idosos independentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram preconizados os riscos e benefícios conforme preconizam a Resolução 466/2012. Os riscos declarados envolverá a ansiedade e desconforto com o tempo gasto para responder às perguntas dos questionários durante a participação no estudo. No entanto, alguns procedimentos serão tomados para minimizar estes riscos: a entrevista será individual e o participante terá o direito de solicitar que a entrevista seja interrompida a qualquer momento, sem que isso lhe cause nenhum prejuízo.

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br

Garantimos que tomaremos todos os cuidados e providências para que ele receba assistência

Benefícios: Os resultados servirão para informar os profissionais da área da saúde e acadêmicos sobre as percepções que os idosos têm de sua saúde bucal e a relação desta com a sua qualidade de vida. Além de fornecer dados que poderão subsidiar programas direcionados para promoção de bem estar desta população e informar políticas públicas. Como devolutiva aos que participaram da pesquisa, os resultados serão apresentados na instituição participante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo relevante e está de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 466/96 do Conselho Nacional de Saúde).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador atendeu às solicitações previstas na resolução 466/12 nos quesitos referentes aos riscos, benefícios, indenização e ressarcimento. Foi ainda garantido a possibilidade de comunicação com os pesquisadores responsáveis em caso de dúvidas.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação deste, conferida pelo CEP, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua Pesquisa em casos de alteração de amostra ou centros de coparticipação. É exigido a entrega do relatório final após conclusão da pesquisa.

GOIANIA, 13 de Outubro de 2014

Assinado por:
NELSON JORGE DA SILVA JR.
(Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-ma

ANEXO D

VERSÃO DO OHIP-14 (VIEIRA, 2003).

Marque com um X a resposta	Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca	Nao sabe
1. Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
2. Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
3. Você sentiu dores em seus dentes ou sua boca?						
4. Você se sentiu incomodado (a) ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
5. Você ficou preocupado (a) por causa de problemas com sua boca?						
6. Você se sentiu estressado (a) por causa de problemas com sua boca?						
7. Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
8. Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
9. Você encontrou dificuldades para relaxar por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
10. Você se sentiu envergonhado (a) por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
11. Você ficou irritado (a) com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
12. Você teve dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
13. Você sentiu que sua vida em geral ficou pior por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
14. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						

O formulário OHIP-14 é composto por sete dimensões e representadas pelas seguintes questões: Limitações funcionais, questões: 1 e 2 do formulário; Dor física, questões:

3 e 4 do formulário; Desconforto psicológico, questões: 5 e 6; Incapacidade física, questões: 7 e 8; Incapacidade psicológica, questões: 9 e 10; Incapacidade social, questões: 11 e 12; Invalidez, questões: 13 e 14.

A fim de garantir a compreensão das frequências, facilitar a diferenciação entre suas possíveis respostas, possibilitar uma maior confiabilidade nos relatos dos entrevistados e minimizar a possibilidade de incorporação de um viés de memória na resposta dos participantes, lembrar somente a primeira ou última possibilidade de resposta. Além disso, a expressão “quase nunca” foi acrescentada a palavra “raramente”, para facilitar a compreensão dessa frequência. Da mesma forma, a expressão “muitas vezes” foi adicionada a palavra “frequentemente”.

Para calcular o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos selecionados será utilizado o método simplificado de cálculo do OHIP-14, onde as repostas “sempre” e “frequentemente” são consideradas com impacto (pontuação = 3) e as repostas “às vezes”, “raramente” e “nunca” (pontuação < 3) como sem impacto. Algumas tabelas apresentam o OHIP total que é o resultado da soma dos valores atribuídos a cada questão, variando de zero a cinquenta e seis, da melhor à pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal, respectivamente.

As seguintes pontuações serão atribuídas a cada resposta:

- Nunca – 0
 - Raramente – 1
 - Às vezes – 2
- } sem impacto
-
- Frequentemente – 3
 - Sempre – 4
- } com impacto
-
- Não sabe – exclusão do questionário

ANEXO E

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA MEDICAL OUTCOME STUDY 36 – ITEM SHORT- FORM HEALTH SURVEY SF-36.

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral, você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Ruim	Muito ruim
1	2	3	4	5

2- Comparado há um ano atrás, como você classificaria sua saúde agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta	Sim, dificulta	Não, não
	muito.	um pouco.	dificulta de
			modo algum.
a) Atividades rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como: mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu no seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor de vontade de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Todo Tempo	A maior parte do Tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

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

	Definitiva- mente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitiva- mente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Se a resposta for	Pontuação
01, 02, 03, 04, 05	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
06	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	1	6
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
	6	1,0
08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p>	

	Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25) Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)
09	Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e, h, deverá seguir a seguinte orientação: Se a resposta for 1, o valor será (6) Se a resposta for 2, o valor será (5) Se a resposta for 3, o valor será (4) Se a resposta for 4, o valor será (3) Se a resposta for 5, o valor será (2) Se a resposta for 6, o valor será (1) Para os demais itens (b, c, f, g, i), o valor será mantido o mesmo
10	Considerar o mesmo valor.
11	Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação: Se a resposta for 1, o valor será (5) Se a resposta for 2, o valor será (4) Se a resposta for 3, o valor será (3) Se a resposta for 4, o valor será (2) Se a resposta for 5, o valor será (1)

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de *raw scale* porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio: Capacidade funcional; Limitação por aspectos físicos; Dor; Estado geral de saúde; Vitalidade; Aspectos sociais; Aspectos emocionais; Saúde mental.

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior x 100

Varição (*Score Range*)

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (*Score Range*) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo:

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Varição
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100

Variação (*Score Range*)

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

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)

-Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4.

-Aplicar fórmula:

Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100

Variação (*Score Range*)

$$\text{Dor: } \frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás. Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

ANEXO F

LICENÇA PARA USO DO SF-36



NON-COMMERCIAL LICENSE AGREEMENT Office of Grants and Scholarly Research (OGSR)

License Number: QM030627

Licensee Name: Francilia De Oliveira, o/o Catholic University of Goiás Brazil

Licensee Address: BR

Approved Purpose: Oral Health and Quality of Life of Independent Elderly.

Study Type: Non-commercial academic research and/or thesis -- Unfunded Student

Data Collection Method: Paper

Therapeutic Area: Wellness & Lifestyle

Royalty Fee: None, because this License is granted in support of the non-commercial Approved Purpose

A. Effective Date: This Non-Commercial License Agreement (the "Agreement") from the Office of Scholarly Grants and Research (OGSR) is made by and between OptumInsight Life Sciences, Inc. (f/k/a QualityMetric Incorporated) ("Optum"), 24 Abnion Road, Building 400, Lincoln, RI 02865 and Licensee. This Agreement is entered into as of the date of last signature below and is effective for the Study Term set forth on Appendix B.

B. Appendices: Capitalized terms used in this Agreement shall have the meanings assigned to them in Appendix A and Appendix B. The appendices attached hereto are incorporated into and made a part of this Agreement for all purposes.

C. Grant of License: Subject to the terms of this Agreement, Optum grants to Licensee a non-exclusive, non-transferable, non-sublicensable worldwide license to use, solely for the Approved Purpose and during the Study Term, the Licensed Surveys, Software, SMS Scoring Solution, and all intellectual property rights related thereto ("Survey Materials"), in the authorized Data Collection Method, Modes of Administration, and Approved Languages indicated on Appendix B; and to administer the Licensed Surveys only up to the total number of Administrations (and to make up to such number of exact reproductions of the Licensed Surveys necessary to support such Administrations) in any combination of the specific Licensed Surveys and Approved Languages, Data Collection Method, and Modes of Administration.

EXECUTED by the duly authorized representatives as set forth below.

OptumInsight Life Sciences, Inc.

Francilia De Oliveira

Signature: *Michelle White*

Signature: *Francilia de Oliveira*

Name: Michelle White

Name: Francilia de Oliveira

Title: Director of Consulting Science

Title: Sua pesquisa a qualidade de vida de idosos independentes

Date: 8 Jul 2015

Date: 03/07/2015

ANEXO G

QUESTIONÁRIO E CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA DA ABEP



CRITÉRIO
DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA
BRASIL

ABEP
associação brasileira de empresas de pesquisa

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário Incompleto	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Primário completo/ Ginásial Incompleto	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Ginásial completo/ Colegial Incompleto	Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2
Colegial completo/ Superior Incompleto	Médio Completo/ Superior Incompleto	4
Superior completo	Superior Completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

ANEXO H

Instruções aos autores – Manuscrito 1

Escopo e Política

A Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é continuação do título revista Textos sobre Envelhecimento, fundada em 1998. É um periódico especializado que publica produção científica no âmbito da Geriatria e Gerontologia, com o objetivo de contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento humano. A revista tem periodicidade trimestral e está aberta a contribuições da comunidade científica nacional e internacional. Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Categorias de Artigos

Artigos originais: são relatos de trabalho original, destinados à divulgação de resultados de pesquisas inéditas de temas relevantes para a área pesquisada, apresentados com estrutura constituída de Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusão, embora outros formatos possam ser aceitos (Máximo de 5.000 palavras, excluindo referências bibliográficas, tabelas e figuras. Máximo de referências: 35) Para aceitação de artigo original abrangendo ensaios controlados aleatórios e ensaios clínicos, será solicitado o número de identificação de registro dos ensaios.

Revisões: síntese crítica de conhecimentos disponíveis sobre o tema, com análise da literatura consultada e conclusões. Apresentar a sistemática de levantamento utilizada (máximo de 5.000 palavras e 50 referências).

Relatos de caso: prioritariamente relatos significantes de interesse multidisciplinar e/ou práticos, relacionados ao campo temático da revista (máximo de 3.000 palavras e 25 referências).

Atualizações: trabalhos descritivos e interpretativos, com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo, ou potencialmente investigativo (máximo de 3.000 palavras e 25 referências).

Comunicações breves: relatos breves de pesquisa ou de experiência profissional com evidências metodologicamente apropriadas. Relatos que descrevem novos métodos ou técnicas serão também considerados (máximo de 1.500 palavras, 10 referências e uma tabela/figura).

Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

O trabalho deve ser aprovado pelo Comitê de Ética da instituição onde a pesquisa foi realizada e cumprir os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, além do atendimento a legislação pertinente. Na parte "Metodologia", constituir o último parágrafo com clara afirmação deste cumprimento. O manuscrito deve ser acompanhado de cópia de aprovação do parecer do Comitê de Ética.

Ensaio Clínicos

A Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, a partir de 2007, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição de cada autor, no que se refere à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou

análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica etc. Não se enquadrando nesses critérios, deve figurar na seção "Agradecimentos". Explicitar a contribuição de cada um dos autores. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, já que se pode aferir que tais pessoas subscrevem o teor do trabalho.

Avaliação de Manuscritos – Peer Review

Os manuscritos que atenderem à normalização conforme as "Instruções aos Autores" serão encaminhados aos revisores ad hoc selecionados pelos editores. Caso contrário, serão devolvidos para a devida adequação. Cada manuscrito é encaminhado para dois revisores ad hoc, de reconhecida competência na temática abordada. O procedimento de avaliação por pares (peer review) é sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. Os pareceres dos consultores podem indicar: [a] aceitação sem revisão; [b] aceitação com reformulações; [c] recusa com indicação de o manuscrito poder ser reapresentado após reformulação; e [d] recusa integral. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado. O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria; os dados dos autores devem ser informados na página de título. A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é sempre dos editores. No processo de editoração e normalização, de acordo com o estilo da publicação, a revista se reserva o direito de proceder a alterações no texto de caráter formal, ortográfico ou gramatical antes de encaminhá-lo para publicação.

Conflito de Interesses

- Sendo identificado conflito de interesse da parte dos revisores, o manuscrito será encaminhado a outro revisor ad hoc.
- Possíveis conflitos de interesse por parte dos autores devem ser mencionados e descritos no "Termo de Responsabilidade".
- Os autores receberão prova do manuscrito em PDF, para identificação de erros de impressão ou divergência do texto original. Mudanças no manuscrito original não serão aceitas nesta fase.

Preparo dos Manuscritos – formato e partes

Os manuscritos podem ser escritos em português, espanhol e inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em inglês. Eles devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia e não serem submetidos para avaliação simultânea em outros periódicos. A indicação das referências constantes no texto e a correta citação são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito. **Texto:** preparado em folha tamanho A-4, espaço duplo, fonte Arial tamanho 12, margens de 3 cm. Todas as páginas deverão estar numeradas. **Tabelas:** deverão ser apresentadas depois do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas, e sua localização no texto deve ser indicada. Não repetir em gráficos os dados apresentados em tabela. Não traçar na tabela linhas internas horizontais ou verticais; os quadros terão as bordas laterais abertas. Preferencialmente, a quantidade máxima de tabelas deve ser cinco. A cada uma se deve atribuir um título breve e indicar a cidade/estado e ano. **Imagens:** o autor responsabiliza-se pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações e gráficos), que devem ser enviados em impressão de alta qualidade, em preto-e-branco e/ou cinza, e devem estar no programa original (Excel, Corel etc.) ou em 300 dpi quando não forem editáveis. **Notas de rodapé:** deverão ser restritas ao necessário. Não incluir nota de fim.

Página de título contendo: (a) Título completo do artigo, em português ou espanhol e em inglês, e título curto para as páginas. Um bom título permite identificar o tema do artigo. (b) Autores: devem ser citados como autores somente aqueles que participaram efetivamente do trabalho, para ter responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Relacionar nome e endereço completo de todos os autores, incluindo e-mail, última titulação e instituições

de afiliação (informando departamento, faculdade, universidade). Informar as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Indicar o autor para correspondência. (c) Financiamento da pesquisa: se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Resumo: os artigos deverão ter resumo com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras. Os artigos submetidos em inglês deverão ter resumo em português, além do abstract em inglês. Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos, resultados e conclusões mais relevantes. Para as demais categorias, o formato dos resumos pode ser o narrativo, mas com as mesmas informações. Não deve conter citações.

Palavras-chave: indicar no mínimo três e no máximo seis termos que identifiquem o conteúdo do trabalho, utilizando descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme (disponível em <http://www.bireme.br/decs>).

Corpo do artigo: os trabalhos que expõem investigações ou estudos devem estar no formato: introdução, metodologia, resultados, discussão e conclusões. Introdução: deve conter o objetivo e a justificativa do trabalho; sua importância, abrangência, lacunas, controvérsias e outros dados considerados relevantes pelo autor. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão. Metodologia: deve conter descrição da amostra estudada e dados do instrumento de investigação. Nos estudos envolvendo seres humanos deve haver referência à existência de um termo de consentimento livre e esclarecido apresentado aos participantes após aprovação do Comitê de Ética da instituição onde o projeto foi desenvolvido. Resultados: devem ser apresentados de forma sintética e clara, e apresentar tabelas ou figuras elaboradas de forma a serem autoexplicativas e com análise estatística. Evitar repetir dados do texto. O número máximo de tabelas e/ou figuras é cinco. Discussão: deve explorar os resultados, apresentar a experiência pessoal do autor e outras observações já registradas na literatura. Dificuldades metodológicas podem ser expostas nesta parte. Conclusão: apresentar as conclusões relevantes face aos objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo.

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho, em parágrafo com até cinco linhas.

Referências: devem ser normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. A identificação das referências no texto, nas tabelas e nas figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. As referências devem ser listadas pela ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto (e não em ordem alfabética). Esse número deve ser colocado em expoente. Todas as obras citadas no texto devem figurar nas referências.

ANEXO I

Instruções aos autores- Manuscrito 2

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/*Reports in Public Health* (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da Saúde Coletiva em geral e disciplinas afins.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);

1.2 Artigos: resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.4 Debate: artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelas Editoras, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.5 Fórum: seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial;

1.6 Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva, em geral a convite das Editoras (máximo de 1.200 palavras).

1.7 Questões Metodológicas: artigo completo, cujo foco é a discussão, comparação e avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.8 Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.9 Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração).

2. Normas para envio de artigos

2.1 CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do

número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Nederlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos *Biomédicos*.

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na *Declaração de Helsinki* (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

- 12.7 *Resumo.*** Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.
- 12.8 *Agradecimentos.*** Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.
- 12.9** Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.
- 12.10** Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.
- 12.11** O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.
- 12.12** O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
- 12.13** O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 12.14** Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".
- 12.15 *Ilustrações.*** O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 12.16** Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.
- 12.17** Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.
- 12.18 *Tabelas.*** As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.
- 12.19 *Figuras.*** Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.
- 12.20** Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.
- 12.21** Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
- 12.22** As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.
- 12.23** Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos

seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site*: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a Secretaria Editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2737 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

[[Home](#)] [[Sobre esta revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Rua Leopoldo Bulhões, 1480
21041-210 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: +55 21 2598-2511 / 2598-2508
Fax: +55 21 2598-2514

cadernos@ensp.fiocruz.br

