

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

**AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE RESILIÊNCIA E
QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL EM
IDOSOS**

MAURÍCIO FERNANDO NUNES TEIXEIRA

Porto Alegre, Setembro de 2011.

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

**AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE RESILIÊNCIA E
QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL EM
IDOSOS**

MAURÍCIO FERNANDO NUNES TEIXEIRA

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

LINHA DE PESQUISA: Epidemiologia, etiopatogenia e repercussão das doenças da cavidade bucal e estruturas anexas.

Orientadora: Profa. Dra. JULIANA
BALBINOT HILGERT

Porto Alegre, Setembro de 2011.

À minha mãe, Tereza (in memoriam), por, além de ter me dado a vida, fazer um esforço imensurável para que me formasse.

À minha amada esposa, Elizangela, por cuidar tão bem de nossa adorada Manoela e por me darem todo apoio necessário. Amo vocês.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao meu pai Virgílio (in memoriam),

que, por ter sido tão correto em seus atos, passou-nos uma forma de agir justa e preocupada com o próximo.

À minha irmã, Ivonete, e à sua família Benony, Cris e Juliano,

por tornarem suas casas minha casa durante esses anos de cursos (e não foram poucos) e pela forma amorosa com que me tratam. Adoro vocês.

Ao professor Fernando Hugo,

por suas decisões com as quais, algumas vezes, não concordei, mas que invariavelmente se mostraram acertadas.

À professora Juliana Hilgert,

por ter explicado incansavelmente os mesmos tópicos e nunca ter se mostrado indisponível.

À Aline Blaya Martins,

pelo companheirismo, pelas longas conversas sobre a dissertação (e sobre a vida) e à sua filha, Bia, com a melhor das energias.

À família Teixeira,

por, apesar dos problemas, fazer parte do suporte social de minha vida.

À Geane, Tere e ao pessoal de Teutônia,

por me ajudarem sempre e por compreenderem as minhas ausências.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Roger Keller Celeste,

pela inestimável ajuda na análise dos dados.

A Ricardo Rockembach, hoje prefeito de Travesseiro,

por me permitir fazer uma série de cursos, e aos meus colegas por permitirem que isso acontecesse.

À Fabiana Freitag,

por acreditar que poderíamos trabalhar em equipe.

Ao Dr. Paulo Ricardo Silveira e sua “família”,

por depositar confiança em mim e por me fazer acreditar que poderia ser capaz de alcançar meus objetivos.

A Pércio Guth e sua família,

por se mostrarem um exemplo de retidão a ser seguido. Pedro: “Metal forever!”

A Miguel Orlandi e sua família,

por sua amizade que atravessa os anos e se mantém intacta. “Up the Irons!”

Ao grande amigo Dr. Jonas,

pelos anos de amizade sincera e verdadeira: “Que tal, elemento!”

Aos meus alunos,

que são a razão de tanto estudo.

Aos colegas de mestrado, Otávio, Matheus, Liese, Luciane e demais

aos quais tive oportunidade de conhecer e conviver.

A Irineu Haberkampf,

pelas longas conversas sobre o “Cosmos” e sua inestimável ajuda espiritual.

Ao inesquecível “Flotsam”,

pela sua camaradagem e pelo amor incondicional durante 11 anos; aos companheiros “Sabbath” e “Ozzy” e aos seus sucessores “Iron e Buddy” por alegrarem os dias de nossa família.

A todos que fizeram parte de minha vida nesses dois últimos anos serei eternamente grato.

“Quanto mais nos elevamos, menores parecemos aos olhos daqueles que não sabem voar”

Friedrich Nietzsche

RESUMO

Estudos mostram que a saúde bucal de idosos é precária e caracterizada por perdas dentais extensas, podendo interferir na qualidade de vida. Pouco se sabe, entretanto, sobre a influência de fatores psicológicos, como resiliência, na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. O objetivo do estudo foi avaliar a associação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde bucal, por meio de uma abordagem hierárquica baseada em um modelo teórico conceitual em uma coorte de idosos do Rio Grande do Sul. Com o intuito de conduzir um estudo transversal aninhado a um estudo de coorte, durante a fase de seguimento foram avaliados, em 2008, 498 idosos do município de Carlos Barbosa, RS. As medidas incluíram: questionário com informações sociodemográficas, condições e comportamentos de saúde, qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHIP-14), Escala de Resiliência e o índice CPOD, utilizado para avaliar perda dentária. A associação entre o potencial de resiliência e os impactos sentidos na percepção de saúde bucal relacionados à qualidade de vida foi verificada por meio de regressão Binomial Negativa. As razões das médias (RM) são apresentadas com seus intervalos de confiança (IC) de 95%. Maiores escores da média do OHIP foram encontrados em mulheres [6,7 (\pm 6,3), $p = 0,011$], em moradores da zona rural [7,3 (\pm 6,7), $p = 0,004$] e em solteiros [8,0 (\pm 6,3), $p = 0,032$]. Não houve associação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde bucal na análise bivariada. O modelo final da análise multivariada mostrou que ser morador da zona rural [RM = 1,32, IC95% (1,06-1,65)] e ser casado [RM = 1,36, IC95% (1,07-1,72)] foi independentemente associado à qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Os resultados deste estudo sugerem que fatores mais distais, como variáveis sociodemográficas, estão associados à qualidade de vida relacionada com a saúde bucal. A hipótese inicial de que a resiliência pudesse exercer um papel importante no desfecho não foi confirmada. Especula-se que os danos causados pela perda dentária, devido ao fato de acontecerem gradualmente, não sejam geradores de estresse.

ABSTRACT

Studies show that elderly's oral health is poor and characterized by extensive tooth loss, and might impact quality of life. Little is known, however, about the influence of psychological factors such as resilience in the oral health related to quality of life. The purpose of this study was to evaluate the association between resilience and oral health related to quality of life through a hierarchical approach based on a conceptual theoretical model in a cohort of elderly Rio Grande do Sul population. In order to conduct a cross-sectional study nested in a cohort during the follow-up were assessed 498 elderly in 2008, in the municipality of Carlos Barbosa, RS. The measures included: questionnaire with sociodemographic information, health conditions and behaviors, oral health related to quality of life (OHIP-14), Resilience Scale, and the DMFT index, used to evaluate tooth loss. The association between resilience and the potential impacts felt in the perception of oral health related quality of life was assessed through negative binomial regression. The ratios of means (RM) are shown with their confidence intervals (CI) of 95%. Higher average scores of the OHIP were found in women [6.7 (\pm 6.3), $p = 0.011$], in rural dwellers [7.3 (\pm 6.7), $p = 0.004$] and singles [8.0 (\pm 6.3), $p = 0.032$]. There was no association between resilience and oral health related to quality of life in the bivariate analysis. The final model of multivariate analysis showed that being a resident in rural areas [RM = 1.32, 95% (1.06 to 1.65)] and being married [RM = 1.36, 95% (1.07 to 1.72)] were independently associated with oral health related to quality of life. The results of this study suggest that more distal factors such as sociodemographic variables are associated with oral health related to quality of life. The initial hypothesis that resilience might play a role in the outcome has not been confirmed. It is speculated that the damage caused by tooth loss due to the fact they happen gradually, not stressful.

LISTA DE ABREVIATURAS

CPOD	Índice de dentes cariados, perdidos e obturados
ER	Escala de Resiliência.
GOHAI	Geriatric Oral Health Assessment Index - Índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IC	Intervalos de confiança.
ICIDH	International Classification of Impairmentes, Disabilities and Handicaps - Classificação Internacional de Deficiência, Incapacidade e Desvantagem
OHIP 49	Oral Health Impact Profile - Perfil de impactos de saúde bucal 49
OHIP-14	Oral Health Impact Profile 14 - Perfil de impactos de saúde bucal 14
OIDP	Oral Impacts On Daily Performances - Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário.
OMS	Organização Mundial de Saúde.
ORHQOL	Oral Related Health Quality of Life - Qualidade de vida relacionada à saúde bucal.
QLRSB	Qualidade de vida relacionada à saúde bucal.
RM	Ratio of Means - Razões das Médias.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1 Modelo Teórico Conceitual.....	21
2.2 Resiliência.....	23
2.3 Justificativa do estudo.....	24
2.4 Objetivo.....	25
3 MANUSCRITO.....	26
Avaliação da associação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em idosos.....	26
Resumo.....	26
Abstract.....	27
Introdução.....	29
Métodos.....	30
Delineamento do Estudo.....	30
População e Amostra.....	30
Medidas.....	31
Coleta de dados.....	31
Instrumentos.....	31
Modelo teórico conceitual.....	33
Análise Estatística.....	34
Resultados.....	35
Discussão.....	36
Referências.....	40
Lista de Tabelas.....	46
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
5 REFERÊNCIAS.....	55

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “**AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE RESILIÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL EM IDOSOS**”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 30/09/2011. A banca avaliadora desta dissertação foi composta pelo Professor Doutor Jorge Umberto Béria e pelas Professoras Doutoras Dalva Maria Pereira Padilha e Angela Maria Antunes Nunes.

A pesquisa que deu origem a esta dissertação possui delineamento transversal aninhado a um estudo de coorte, pilar desta pesquisa, o qual tem como objetivo avaliar periodicamente uma série de determinantes de saúde de uma amostra da população de idosos que está vivendo no município de Carlos Barbosa, Rio Grande do Sul/ Brasil. A amostra foi avaliada no ano de 2008. Fazem parte do grupo de pesquisadores envolvidos nesta pesquisa: Dalva Maria Pereira Padilha, Fernando Neves Hugo, Juliana Balbinot Hilgert, Renato José de Marchi, Camila Mello dos Santos, Aline Blaya Martins e o autor deste estudo, Maurício Fernando Nunes Teixeira.

O trabalho é apresentado em três partes, segundo a ordem abaixo:

1. Introdução, Revisão de Literatura e Objetivo
2. Manuscrito
3. Considerações Finais

Documentos de apoio são apresentados nos anexos.

1 INTRODUÇÃO

A população mundial vem envelhecendo rapidamente. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a transição epidemiológica modifica o panorama das doenças, ocasionando mudança no perfil de mortalidade para uma situação na qual predomina a morbidade, sobretudo na população idosa (CHIAMOVICZ, 1997; SAINTRAIN, 2008). Além disso, ocorre a substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e o deslocamento da carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos (ARAÚJO, 2006; SCHRAMM, 2004). No Brasil, onde o estatuto do idoso prevê a idade de 60 anos ou mais para que uma pessoa seja considerada idosa, a transição epidemiológica, que começou por volta de 1960, apresenta-se com um prolongamento. Há uma superposição entre as etapas nas quais predominam doenças transmissíveis e crônico-degenerativas, assim como uma reintrodução e recrudescimento de doenças dadas como controladas como dengue, malária, hanseníase e leishmanioses (FRENCK, 1991).

A saúde bucal dessa parcela da população é precária e caracterizada por extensas perdas dentárias e inadequada higiene bucal (HUGO, 2007; SHINKAY, 2000). UCHOA (2003) considera que é preciso conhecer um pouco mais sobre a forma como o idoso percebe seus problemas de saúde, como procura resolvê-los e quais são as dificuldades que encontra para isso, desenvolvendo intervenções adequadas às características socioculturais dessa população. Não apenas para os pesquisadores isto é importante, mas também – e especialmente – para a própria população pesquisada, visto que a percepção do estado de saúde pode influenciar na qualidade de vida.

A qualidade de vida é um termo multidimensional (FLECK, 2008) e como tal deve ser estudado, considerando uma série de fatores que podem influenciar na sua percepção e, portanto, nos comportamentos que podem advir desta. Aspectos da saúde bucal podem influenciar na qualidade de vida, e precárias condições de saúde bucal têm impacto negativo na vida de parte considerável da população idosa. Estes impactos podem estar intimamente

relacionados aos fatores emocionais, tais como auto-estima, aceitação de si e afetos proporcionados pelos relacionamentos interpessoais (LOCKER, 1997).

Um dos fatores que pode influenciar a percepção que os indivíduos possuem a respeito do impacto das suas condições de saúde bucal na sua qualidade de vida é a resiliência. A origem do termo resiliência, na concepção atual, está embasada na literatura psiquiátrica recente, que avaliou crianças as quais pareciam ser invulneráveis a situações adversas vividas por elas. Ao longo do tempo, o termo “invulnerável” foi substituído por resiliente, e essa nova área de teoria e pesquisa nasceu (EARVOLINO - RAMIREZ, 2007). Este termo está intimamente relacionado à postura dos indivíduos frente às suas adversidades e à sua capacidade de voltar ao “normal” apesar delas (RUTTER, 1987). No entanto, nos últimos anos, ela tem sido estudada entre outras pessoas, sendo os idosos um grupo em expansão para estes estudos (HILDON, 2008; LARANJEIRA, 2007; NETUVELI, 2008).

Os estudos que avaliam a qualidade de vida relacionada à saúde bucal normalmente a relacionam com variáveis clínicas, dentre elas: perda dentária (HUGO, 2007), capacidade mastigatória (TSAKOS, 2006), qualidade de prótese dentária (HUMMEL, 2002; INNUKAI, 2008) e visitas ao dentista (GAGLIARDI, 2008). No entanto, desconhecemos a existência de estudos que relacionem processos adaptativos frente às más condições de saúde bucal, tais como resiliência, e qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Este estudo tem o objetivo de avaliar a associação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde bucal por meio de uma abordagem hierárquica baseada em um modelo teórico conceitual de desfechos em saúde bucal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O Brasil vem passando por uma mudança no perfil epidemiológico, sobretudo com relação ao envelhecimento da população. As pesquisas demonstram essa tendência e a preocupação constante com a qualidade de vida dos idosos (RAMOS, 1987). A alteração da estrutura populacional e do aumento da expectativa de vida dos brasileiros (IBGE, 2004) ocorre junto com a substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e por causas externas, deslocando a carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos de maior idade. Neste quadro temos a transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante (ARAÚJO, 2006; SCHRAMM, 2004).

Em menos de cinquenta anos, o país experimentou a mudança na morbimortalidade de um perfil jovem para um caracterizado por enfermidades crônicas, próprias das faixas etárias mais avançadas (SANTRAIN, 2008), apesar da transição epidemiológica não ter ocorrido da mesma forma que o modelo experimentado por outros países (CHIAMOVICZ, 1997). Este processo faz doenças transmissíveis como dengue e malária conviverem com doenças crônico-degenerativas, como hipertensão, diabetes e câncer, apresentando uma superposição de etapas (FRENCK, 1991). Essa transição acarreta custos diretos e indiretos mais elevados tanto na área da saúde quanto na previdência. Essa realidade representa um grande desafio para os gestores e profissionais de saúde pública, visto que as doenças crônicas costumam exigir mais recursos, incluindo a necessidade de acompanhamento constante (LIMA-COSTA e VERAS, 2003).

As baixas taxas de fertilidade e a contínua queda da mortalidade têm provocado mudanças na estrutura da pirâmide etária brasileira, soma-se a isso o fato de que melhorias nas condições de saúde e baixas taxas de fecundidade têm favorecido a longevidade populacional. A proporção de idosos na população, que não passava de 2,5% do total

populacional na década de sessenta, está projetada para atingir os 15% em 2025, de acordo com projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2004).

Embora sob o ponto de vista demográfico, a população idosa seja definida pelo grupo etário de 65 anos ou mais para países desenvolvidos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe que, para países em desenvolvimento, como o Brasil, o limite etário seja de 60 anos de idade ou mais (BERESTEIN, 2008). Tal limite é atestado pela Política Nacional do Idoso – PNI que, no seu artigo 2º, relata: “Considera-se idoso, para os efeitos desta Lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade” (BRASIL, 1994) e pelo Estatuto do Idoso, que no seu artigo 1º, relata: “É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos” (BRASIL, 2003).

Em uma revisão de artigos publicados entre 1988 e 2000, COLUSSI et al (2002) encontraram que o CPOD (Índice de dentes cariados, perdidos e obturados) para essa população variou, no Brasil, de 26,8 a 31,0, com grande participação do componente extraído (84%) e alta prevalência de edêntulos (68%). Fenômeno semelhante ocorre em outros países, embora com escores de CPOD diferentes como: Austrália (26% a 42%) (SANDERS, 2004), Canadá (58%), Reino Unido (46%), Malásia (57%) e alguns países do leste europeu (26% a 78%) (PETERSEN, 2005). Ao se analisar os dados do Projeto SB BRASIL 2003 (BRASIL, 2004), observa-se um CPOD de 27,93 para a faixa etária de 65 a 74 anos. Isso quer dizer que cada pessoa desse grupo possuía, em média, apenas quatro dentes livres de cárie e/ou de suas consequências (obturações, extrações e perda dentária). No caso dos idosos, ressalta-se a maior participação do componente “perdido” (92,16%) na composição porcentual do índice CPOD. Nos dados do projeto SB BRASIL 2010, verifica-se pouca alteração no quadro da população referida e alta prevalência de perda dentária (edentulismo total ou parcial), visto que a necessidade de prótese total é maior entre os procedimentos de reabilitação bucal (BRASIL, 2010).

Estudos realizados no Brasil indicam que a condição bucal do idoso é precária e caracterizada por alta prevalência de edentulismo, cáries dentárias e periodontopatias, (SHINKAI, 2000) perdas dentárias extensas, infecções e inadequada higiene bucal (HUGO, 2007).

Em nosso país, ser morador da zona rural, ter uma renda inferior a um salário mínimo, baixa escolaridade e ter idade mais avançada proporciona maior chance de ter perdas

dentárias. Assim, os motivos de ordem econômica são causas comuns da extração dentária, bem como as atitudes da população e a utilização dos serviços odontológicos (BARBATO, 2002). Portanto, a perda dentária é considerada como resultado de uma complexa interação entre condições bucais, fatores sociais e comportamentais (PALLEGEDARA, 2005).

Uma verificação nas bases de artigos publicados sobre qualidade de vida relacionada à saúde bucal e seus indicadores, entre populações de idosos vivendo na comunidade, resulta na constatação de que a maioria da evidência disponível até o momento investigou o papel de variáveis odontológicas (ADULYANON, 1996; LOCKER, 1997; REISINE, 1989). Normalmente, elas incluem perdas dentárias (HUGO, 2007), indicadores de qualidade de próteses dentais (HUMMEL, 2002; INUKAI, 2008), desempenho mastigatório (ADULYANON, 1996; HUGO, 2009) e mesmo razões de visita ao dentista (GAGLIARDI, 2008), como determinantes de impactos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Esses estudos apontam, de modo geral, que problemas como perdas dentárias parciais, necessidades de reabilitação protética, desempenho mastigatório insatisfatório, entre outros, têm uma fraca associação (LEÃO, 1995) com relatos mais impactantes nas funções físicas, psicológicas e de relações sociais. Além disso, há evidência que suporta a importância de aspectos socioeconômicos como determinantes de uma pior qualidade de vida relacionada à saúde, sobretudo, bucal (LIMA-COSTA, 2003; ANTUNES, 2006).

Especificamente, o resultado de um estudo representativo de idosos brasileiros aponta que fatores predisponentes como idade, sexo e escolaridade são variáveis independentemente relacionadas com edentulismo. Além disso, o estudo aponta que o pior relato de qualidade de vida estava associado com edentulismo e perda parcial de dentes (HUGO, 2009).

Grande parte dos estudos relacionados à percepção de saúde estão ligados a dados clínicos, como o de BRENNAN et al (2008), que analisaram perda dentária e capacidade de mastigação e sua associação com qualidade de vida e satisfação. (TSAKOS, 2006) associaram perda dentária e qualidade de vida relacionada à saúde bucal (ORHQOL) por meio do Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário (OIDP). MAKHIJA et al (2006) fizeram uma comparação entre idosos dentados e edentados quanto a ORHQOL e aspectos socioeconômicos.

A maioria desses estudos avalia mudanças no estado de saúde bucal de indivíduos e populações e tem sido baseada em indicadores clínicos da doença, existindo relativamente

poucas avaliações relativas à saúde e ao bem-estar a partir da percepção do indivíduo (DAHL, 2011; HUGO, 2007). LOCKER et al (1997) estabeleceram uma relação entre os impactos de saúde bucal e qualidade de vida, relatando que condições bucais precárias – as quais podem estar intimamente relacionadas a fatores emocionais, como falta de autoestima, de aceitação de si e de afeto nos relacionamentos interpessoais – têm impacto negativo na vida de grande parte da população idosa. Desse modo, a percepção da saúde bucal é uma variável multidimensional que reflete a experiência subjetiva dos indivíduos sobre o seu bem-estar funcional, social e psicológico (SLADE, 1997).

A qualidade de vida, discutida desde Platão e Aristóteles, deve ser avaliada a partir de vários critérios, considerando não só o estado físico, mas também o psicológico, o nível de independência, os relacionamentos sociais, os fatores do meio ambiente e as crenças pessoais. A relação direta entre renda e satisfação é a base da teoria econômica, entretanto, na prática não é tão simples assim. Comumente as pessoas procuram uma melhor qualidade de vida, entretanto, poucas conseguem definir com precisão o objetivo dessa busca (LORA, 2008).

Com a introdução do conceito de qualidade de vida na área da saúde, outros construtos como status de saúde, bem-estar e, mais do que isso, percepção e consequente satisfação, tiveram desenvolvimento na área da pesquisa, não deixando evidentes os limites entre eles. A qualidade de vida apresenta interseções com vários desses conceitos, mas seu aspecto mais amplo (a saúde é apenas um de seus domínios) tem sido apontado como seu grande diferencial e sua particular importância (FLECK, 2008).

RUFFINO NETTO (1992) considera uma boa qualidade de vida aquela que “oferece um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades”. O autor as enumera como: “viver, sentir, amar, trabalhar produzindo bens ou serviços, fazendo ciência ou artes, vivendo para serem meios utilitários ou utilitários fins ou simplesmente existindo.” Entende-se, ainda, que a questão da qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade, consciente ou inconscientemente, a define e como se mobiliza para conquistá-la. Diz respeito ainda, ao conjunto das políticas públicas e sociais que induz e norteia o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo e estilos de vida, cabendo parcela significativa dessas formulações e responsabilidades ao denominado setor saúde (VARGAS, 2005).

O conceito de qualidade de vida ainda é um campo em debate. Essa ausência de consenso a respeito da sua conceituação tem como consequência uma proliferação de instrumentos que se propõem a avaliar a qualidade de vida, sem, no entanto, saber-se ao certo o que está sendo medido (FLECK, 2008).

As escalas de medida de qualidade de vida relacionadas à saúde incluem medidas de capacidade funcional, do estado de saúde, de bem-estar psicológico, de redes de apoio social, de satisfação e estado de ânimo dos pacientes, o que demonstra a extrema variabilidade do tema (MINAYO, 2000). A qualidade de vida relacionada à saúde tem sido cada vez mais usada para relacionar os aspectos subjetivos dos pacientes com os dados clínicos. A maioria deles analisa a forma como os pacientes estão vivendo, sobretudo com doenças crônicas. Por esse motivo esses estudos são uma importante fonte de informações a respeito de certas populações como idosos, pacientes com câncer (BOINI, 2004; MCKERNAN, 2008), doenças cardíacas, com déficit neurológicos (SNEEUW, 2002), problemas renais (KRIJNEN, 2005; MINGARDI, 1999) e ex-usuários de drogas (KOPP, 2011).

Em Odontologia, nos últimos anos, cada vez mais se discute o conceito de saúde usado pela OMS, que considera a saúde como um completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. Para alguns pesquisadores, esse conceito pode ser ampliado ganhando força a ideia do conceito de saúde relacionado à qualidade de vida. Essa perspectiva de saúde sugere que o objetivo final do cuidado em saúde bucal não deveria ser considerado como a ausência de cáries e de doença periodontal, mas sim em todos os seus aspectos físicos, mentais, sociais e de experiência de dor e desconforto. O estado de saúde bucal dos indivíduos pode influenciá-los física e psicologicamente, na maneira como eles aproveitam a vida, como parecem, falam, mastigam e saboreiam a comida e se socializam. Assim, podemos definir qualidade de vida relacionada à saúde bucal como "a ausência de impactos negativos da condição bucal na vida social e um sentido positivo de autoconfiança da condição bucal" (ATCHINSON, 2002).

O conceito de Qualidade de Vida está intimamente ligado ao de saúde e doença. Condições clínicas e problemas de saúde podem impactar na qualidade de vida, mas não é somente isso que deve ser levado em consideração (SLADE, 1997). Sabe-se que ela é fortemente influenciada por valores que variam conforme contextos sociais, culturais e políticos, tornando sua mensuração algo tão complexo quanto seu conceito (LOCKER, 1997, 2000). Para pesquisas a respeito de qualidade de vida relacionada à saúde bucal, se faz

necessário o entendimento desse conceito para que o aspecto subjetivo e a forma como os indivíduos percebem esse aspecto também sejam considerados (ATCHINSON, 2002).

A autopercepção em saúde bucal torna a qualidade de vida um construto ainda mais dinâmico, uma vez que ela é mutável. As atitudes individuais não são constantes, a percepção dessas atitudes e de seus significados varia com o tempo e com a experiência. Além disso, essa percepção é modificada por fenômenos como coping e adaptação (ALLEN, 2003; CARR, 2001; LOCKER, 1997).

A literatura oferece diferentes instrumentos válidos para avaliar aspectos da autopercepção da condição bucal e qualidade de vida (ATCHINSON, 1997; LEÃO, 1995; SLADE, 1997). HEBLING E PEREIRA (2007) fizeram uma revisão crítica dos instrumentos de mensuração da qualidade de vida relacionados à saúde bucal desenvolvidos nos últimos vinte anos. Concluíram que o índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica (GOHAI), o Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário (OIDP) e o Perfil do Impacto da Saúde Bucal (OHIP) são válidos para estabelecer essa relação em idosos.

O Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) tem o objetivo de estimar o grau de impacto psicossocial associado com problemas bucais em idosos (ATCHISON, 1997). Foi desenvolvido na década de 1990 por Atchison e Dolan como um questionário composto por 12 questões fechadas sobre problemas bucais que afetam funções físicas e funcionais, aspectos psicológicos, dor e desconforto (SILVA, 2001).

O Oral Impacts on Daily Performances (OIDP), foca na avaliação do impacto dos problemas bucais no desempenho de atividades da vida diária e tem o objetivo de fornecer um indicador sociodental alternativo (ADULYANON, 1996; SHEIHAM, 1997).

O Oral Health Impact Profile (OHIP) foi desenvolvido por SLADE e SPENCER em 1994 para ser uma medida de disfunção, desconforto e incapacidade autoreferidos atribuídas às condições orais gerais. Todos os impactos medidos pelo OHIP são desfechos adversos e, por essa razão, o instrumento não mede nenhum aspecto positivo da saúde bucal (SLADE, 1997). O OHIP é um questionário baseado no modelo conceitual de Locker e colaboradores que o adaptaram para a Odontologia, seguindo a International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (WHO). São 49 questões distribuídas igualmente em sete domínios, a saber: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, inabilidade física, inabilidade psicológica, inabilidade social e desvantagem. Numa escala Likert, com cinco

opções que variam de "nunca" (0) até "sempre" (4) (SLADE 1994), quanto maior o escore de OHIP, maiores são os impactos de saúde bucal em sua vida diária. Em 1997, os mesmos autores validaram um formato menor do instrumento (OHIP 14), na perspectiva de diminuir o tempo de aplicação do questionário. Eles concluíram que duas questões em cada domínio reproduziam as dimensões conceituais originais contidas no OHIP 49 e que elas têm uma boa distribuição de prevalência (SLADE, 1997). Com isso sugere-se que esse instrumento deva ser utilizado para quantificar níveis de impacto sobre bem-estar, mesmo com um número limitado de questões (BORTOLI, 2003).

Estudos mostram que idosos que sofrem com doenças bucais, dor e/ou desconforto tendem a reportar maiores impactos sociodentais, tanto no OHIP quanto no ODP (ADUNAILON, 1996; GOMES, 2007; MONTERO, 2010; VARGAS, 2005). Evidências desses estudos indicam que o número de dentes é o principal fator objetivo de saúde bucal. Perda dentária tem sido diretamente relacionada ao número de impactos referidos na escala OHIP e com pior desempenho na função física em idosos (DAHL, 2011). Além disso, ter menos pares de superfícies ocluindo, cáries de raiz, restos radiculares, bolsas periodontais, xerostomia, hipossalivação, próteses com pouca retenção e visitas irregulares ao dentista têm sido relacionados a maiores impactos orais em idosos (HUGO, 2007; LEÃO, 1995).

2.1 Modelo Teórico Conceitual

Os dados foram analisados de acordo com a proposição apresentada no modelo teórico conceitual "Aging, Ethnicity and Oral Health Outcomes" de ANDERSEN e DAVIDSON (1997), no qual os autores apresentam uma série de variáveis como potenciais determinantes de desfechos em saúde bucal. Essas variáveis estão colocadas dependendo da proximidade e inerência ao sujeito.

Algumas evidências sugerem que o uso de serviços odontológicos depende de características individuais que são diretamente influenciadas pelos valores, atitudes, formas de viver, costumes, rituais e personalidades diretamente determinados por grupos étnicos. A idade interfere não só nas mudanças fisiológicas e psicológicas afetadas por doenças crônicas e consumo de medicamentos, mas também em comportamentos em saúde bucal e no tipo de atendimento ao qual a pessoa foi submetida.

No modelo proposto, etnia e idade fazem parte das variáveis exógenas e do primeiro bloco de análise. Num segundo bloco de variáveis (determinantes primários de saúde bucal) estão as características do desenvolvimento externo, como sistema odontológico de saúde e características pessoais da população. O desenvolvimento externo é representado pelos fatores que são de responsabilidade do estado, como fluoretação de águas, políticas relacionadas ao uso do tabaco e campanhas de educação relacionadas à saúde bucal e nutrição. Quanto ao sistema odontológico de saúde, os autores consideram a disponibilização, acessibilidade, aceitabilidade e conveniência de serviços odontológicos. Características individuais influenciam comportamentos em saúde bucal que, por sua vez, influenciam no estado de saúde bucal e na satisfação quanto aos serviços, representados pelo estado civil, gênero, escolaridade, tempo de moradia na comunidade, ocupação e crenças em saúde bucal.

O terceiro bloco, variáveis independentes intermediárias, contempla comportamentos em saúde bucal, entre elas práticas de saúde bucal como escovação, uso de fio dental e de serviços odontológicos (preventivos e/ou restauradores), bem como o uso de tabaco.

No quarto bloco, o autor apresenta os desfechos de saúde bucal: avaliação do estado de saúde (CPOD e condições periodontais), percepção de tal estado e satisfação pessoal.

Na figura 1, apresentamos um modelo modificado com base no descrito acima, que inclui a resiliência como característica pessoal e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHIP) como desfecho. O modelo comportamental modificado conceitua como variáveis exógenas: idade e sexo, estas se encontram em uma posição distal em relação ao desfecho, estando, portanto, localizadas no primeiro bloco de análise. Como variáveis intermediárias, no segundo bloco, estão os determinantes primários, representados por: ambiente externo e características pessoais. O ambiente externo caracteriza-se pela localização geográfica do domicílio onde o idoso vive: urbano ou rural. Já as características pessoais foram descritas neste estudo por: estado civil, potencial de resiliência e recursos disponíveis, ou seja, escolaridade, renda e participação em grupos de terceira idade. As variáveis intermediárias, do terceiro bloco de análise, são os comportamentos de saúde: práticas pessoais, entre elas frequência de escovação, tabagismo e frequência de visitas ao dentista. E, no bloco localizado em uma posição proximal em relação ao desfecho, ou seja, no quarto bloco, observamos as condições atuais de saúde bucal, das quais faz parte o número de dentes e a perda dentária nos últimos quatro anos. O desfecho considerado foi a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, representada pelo escore do OHIP em seus sete domínios.

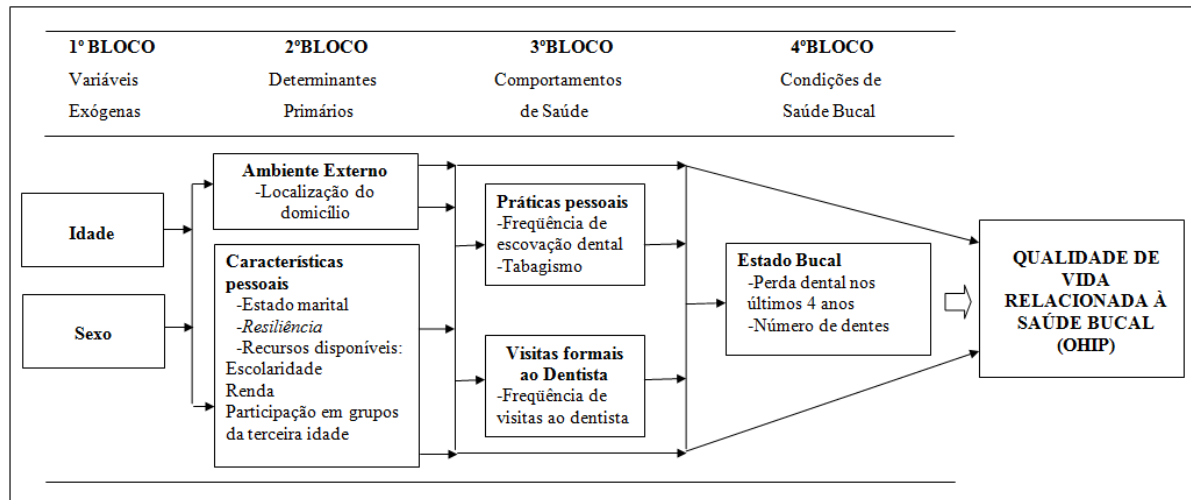


Figura 1. Modelo teórico conceitual

2.2 Resiliência

O termo resiliência é usado com mais frequência nas áreas de Engenharia, Ecologia e Física e até mesmo na Economia (PIKE, 2010), sendo, em Psicologia, um conceito relativamente recente. Sua definição é diferente para o português e inglês. Enquanto no primeiro está relacionado à física, no segundo é definida como “habilidade de voltar rapidamente para o seu usual estado de saúde ou de espírito depois de passar por doenças, dificuldades etc.”. Assim, como os conceitos de saúde e qualidade de vida são complexos, o de resiliência depende de uma multiplicidade de fatores e variáveis que devem ser considerados no estudo dos fenômenos humanos. Resiliência é frequentemente referida por processos que explicam a “superação” de crises e adversidades em indivíduos, grupos e organizações (YUNES, 2003).

A resiliência é conceituada como uma capacidade única de catalisar potencialidades para promoção de adaptação positiva frente às adversidades (EARVOLINO-RAMIREZ, 2007). As primeiras investigações nesta área começaram com crianças que, apesar de viverem em condições adversas ou vivenciando experiências desse tipo, foram capazes de sobrepô-las e, até mesmo, de sair fortalecidas. Isso faz a resiliência estar relacionada à saúde mental (GROTBERG, 2003). Com o passar dos anos, traumatismos de todos os tipos podem fazer parte da vida das pessoas, fazendo-nos questionar a longevidade como critério que atesta a resiliência, ou então que seja resultado de um funcionamento resiliente (LARANJEIRA, 2007). Dessa forma, a velhice pode ser caracterizada como um período promissor para a

investigação de fatores promotores de resiliência, que são caracterizados como processos protetores em relação às vulnerabilidades (HARDY, 2004; RIFF, 1998).

O conceito de resiliência pode ser considerado como uma resposta complementar à abordagem da vulnerabilidade, mas não corresponde por isso à ideia de invencibilidade ou insensibilidade, remete, pelo contrário, para a ideia de flexibilidade e de adaptação (LARANJEIRA, 2007).

O crescimento e desenvolvimento humano estão associados à resiliência, fazendo-a ser conceituada como um processo ou um mecanismo. As variáveis e fatores relacionados a ela podem se comportar como risco ou proteção, dependendo das circunstâncias (RUTTER, 1987).

A análise da Escala de Resiliência é proposta em dois fatores: a Competência Pessoal – que reflete, entre outros, a independência, determinação, invencibilidade e perseverança dos indivíduos – e a Aceitação de Si e da Vida – que representa a adaptabilidade, o balanço, a flexibilidade e uma perspectiva balanceada da vida (WAGNLD, 1993, 2009).

MARTINS et al (2011), em um estudo usando o modelo hierárquico de Andersen, com o objetivo de avaliar a relação entre resiliência e autopercepção de saúde bucal, encontraram resultados significativos relacionados à localização da moradia na zona rural e à renda do idoso, bem como com altos potenciais de resiliência. Entre os achados, a autora especula que a resiliência pode vir a ter um papel potencializador na adaptação positiva frente à perda dentária.

São raros os trabalhos que relacionam resiliência e qualidade de vida; acreditamos que não existam pesquisas tendo o OHIP como desfecho e que avaliem sua relação com resiliência. As relações entre as diversas variáveis ajudam a compreender as percepções que a população idosa tem sobre a sua saúde e podem aprofundar o entendimento sobre os comportamentos relacionados à saúde bucal (MARTINS, 2011).

2.3 Justificativa do estudo

É necessário que cirurgiões-dentistas e demais profissionais de saúde considerem o impacto que as condições de saúde bucal podem ter sobre a saúde geral, bem como, no

sentido inverso, precisamos estar atentos aos comprometimentos sistêmicos e às deficiências cognitivas que podem gerar manifestações bucais (SHINKAY, 2000).

Nos idosos, essa necessidade é ampliada, pois os dados obtidos com o último levantamento do Ministério da Saúde colocam o pior desempenho da saúde bucal nas faixas etárias mais avançadas (BRASIL, 2010). Por isso é importante conhecer com profundidade a realidade dessa população que, durante anos, carrega a herança de um modelo centrado em práticas curativas e mutiladoras e que muitas vezes são desconsideradas nas políticas de saúde.

Estudos progressos mostram que o edentulismo e as perdas dentárias estão associados a processos depressivos, ansiedade e perda da autoestima e, dependendo da posição das perdas dentárias, podem acarretar danos subjetivos. Entre eles, sentimentos de vergonha, pavor, sensação de perda, constrangimento, incompletude e resignação e que, mesmo assim, há satisfação com a saúde bucal (HUGO, 2007; ZAINAB, 2008).

As pessoas tendem a dar menor importância à sua saúde bucal que os dentistas gostariam, um exemplo disso são estudos que demonstram que os idosos podem, apesar das perdas, estar satisfeitos com sua saúde bucal (ELIAS, 1998; HUGO, 2007; LOCKER, 1997; ZAINAB, 2008). No entanto, acreditamos que não exista nenhum estudo que avalie o real impacto das perdas relacionadas com a saúde bucal sobre a qualidade de vida e que levem em consideração aspectos de adaptação frente às adversidades. Dessa forma, imaginamos que este estudo possa ser relevante para o enriquecimento das evidências relacionadas com o assunto.

2.4 Objetivo

Avaliar a associação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde bucal por meio de uma abordagem hierárquica baseada em um modelo teórico conceitual de desfechos em saúde bucal.

3 MANUSCRITO

Associação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em idosos.

Association between resilience and quality of life related to oral health in the elderly.

M.F.N.Teixeira^{*}, A.B.Martins^{*}, R.K. Celeste^{*}, F.N.Hugo^{*} J.B.Hilgert^{*}.

^{*}Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

^{*}Manuscrito a ser submetido ao Community Dentistry and Oral Epidemiology

Resumo

Introdução: Estudos mostram que a saúde bucal de idosos pode impactar na qualidade de vida, porém pouco se sabe sobre a influência de fatores psicológicos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Objetivo: Avaliar a associação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde bucal, por meio de uma abordagem hierárquica baseada em um modelo teórico conceitual em uma coorte de idosos do RS.

Método: Foi conduzido um estudo transversal aninhado a um estudo de coorte, em 2008. Foram avaliados 498 idosos de Carlos Barbosa, RS. As medidas incluíram um

questionário sociodemográfico e comportamentos de saúde, qualidade de vida relacionada à saúde bucal, medido pelo OHIP-14, Escala de Resiliência e CPOD. A associação entre o potencial de resiliência e os impactos na percepção de saúde bucal relacionados à qualidade de vida foi verificada por meio de regressão Binomial Negativa. Razões das médias (RM) são apresentadas com seus IC de 95%.

Resultado: Maiores médias do OHIP foram encontrados em mulheres [6,7 (\pm 6,3), $p = 0,011$], em moradores da zona rural [7,3 (\pm 6,7), $p = 0,004$] e em solteiros [8,0 (\pm 6,3), $p = 0,032$]. O modelo final da análise multivariada mostrou que ser morador da zona rural [RM = 1,32, IC95% (1,06-1,65)] e casados [RM = 1,36, IC95% (1,07-1,72)] foram independentemente associadas à qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Não houve associação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Conclusão: Os resultados sugerem que fatores como variáveis sociodemográficas estão associados à qualidade de vida relacionada à saúde bucal. A hipótese de que a resiliência pudesse exercer um papel importante no desfecho não foi confirmada. Especula-se que os danos causados pela perda dentária não sejam geradores de estresse devido ao fato de acontecerem gradualmente.

Palavras-chave: Idosos, Resiliência, Qualidade de Vida e Saúde Bucal

Abstract

Objective: To evaluate the association between psychological resilience and oral health related quality of life through a hierarchical approach based on a conceptual theoretical model in a cohort of elderly RS.

Method: We conducted a cross-sectional study nested in a cohort study in 2008. We evaluated 498 elderly Carlos Barbosa, RS. The measures included a sociodemographic

questionnaire and health behavior, quality of life related to oral health (OHRQOL), measured by OHIP-14, DMFT and Resilience Scale. The association between resilience and potential impacts on perceptions of oral health-related quality of life was assessed through negative binomial regression. Mean ratios (MR) are presented with 95% confidence intervals.

Result: Higher means of OHIP were found in women [6.7 (\pm 6.3), $p = 0.011$], in rural dwellers [7.3 (\pm 6.7), $p = 0.004$] and singles [8.0 (\pm 6.3), $p = 0.032$]. The final model of multivariate analysis showed that being a rural dweller [MR = 1.32, 95% (1.06 – 1.65)] and being married [MR = 1.36, 95% (1.07 – 1.72)] were independently associated with OHRQOL. There was no association between resilience and OHRQOL.

Conclusion: The results suggest that factors such as sociodemographic variables are associated with OHRQOL. The hypothesis that resilience might play a role in the outcome has not been confirmed. It is speculated that the damage caused by tooth loss are not generators of stress.

Keywords: Elderly, Resilience, Oral Health and Quality of Life

Introdução

A população mundial vem envelhecendo rapidamente. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, onde o estatuto do idoso¹ prevê a idade de 60 anos ou mais para que uma pessoa seja considerada idosa, isso não é diferente, ocorrendo até de forma mais rápida². O país convive com uma transição epidemiológica diferenciada³ em que doenças transmissíveis reaparecem, ao mesmo tempo em que os gastos em saúde com doenças crônico-degenerativas aumentam consideravelmente⁴. A saúde bucal dessa parcela da população é precária e caracterizada por perdas dentárias extensas e inadequada higiene bucal^{5,6}. Esse quadro pode influenciar a qualidade de vida dessas pessoas.

A qualidade de vida é um termo multidimensional⁷ e como tal deve ser estudado, considerando uma série de fatores que podem influenciar na sua percepção. Condições clínicas e problemas de saúde podem impactar na qualidade de vida, mas não é somente isso que deve ser considerado⁸. Podemos ainda definir qualidade de vida relacionada à saúde bucal como "a ausência de impactos negativos da condição bucal na vida social e um sentido positivo de autoconfiança da condição bucal"⁹.

Um dos fatores que pode influenciar a percepção que os indivíduos possuem a respeito do impacto das condições de saúde bucal na sua qualidade de vida é a resiliência. Em psicologia, tal termo está intimamente relacionado à forma como os indivíduos se portam diante das adversidades e a sua capacidade de voltar ao "normal" apesar delas¹⁰. O termo teve sua origem em estudos com crianças; nos últimos anos, no entanto, o tema se expandiu para outros segmentos da população, sendo o idoso um grupo bastante apropriado para investigações.

Nas últimas décadas, diversos estudos foram realizados com o intuito de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal^{11, 12, 13, 14} e a resiliência^{15, 16, 17, 18}. No entanto, desconhecemos estudos que tenham avaliado, em idosos, a qualidade de vida relacionada à saúde bucal e à resiliência agindo como um protetor em relação aos impactos produzidos pela saúde bucal precária.

Este estudo tem o objetivo de avaliar a associação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde bucal por meio de uma abordagem hierárquica baseada no modelo teórico conceitual de desfechos em saúde bucal proposto por Andersen e Davidson¹⁹. A hipótese do estudo é de que idosos com alto potencial de resiliência possam adaptar-se com mais facilidade às perdas relacionadas à saúde bucal e que conseqüentemente sofram menos impactos em sua qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Métodos

Delineamento do Estudo

Estudo transversal aninhado a um estudo de coorte.

População e Amostra

Foi realizada uma amostra aleatória simples da população de idosos independentes na cidade de Carlos Barbosa. O estudo de base foi realizado em 2004, e o primeiro acompanhamento, em 2008. O objetivo principal do estudo foi avaliar possíveis associações entre determinantes de saúde bucal e de saúde geral.

Carlos Barbosa é uma cidade localizada a 104 km de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, na região sul do Brasil. Por ter sido colonizada por imigrantes

italianos, sua população é composta na sua maioria por brancos; em 2008, tinha aproximadamente 25.388 habitantes, 2.167 deles tinham 60 anos ou mais.

Na linha de base, 872 idosos foram avaliados durante o segundo semestre de 2004, sem diferença dos dados sociodemográficos de todos os idosos da cidade com os dados da amostra²⁰. Foram efetivamente estudados, no acompanhamento de 2008, 498 idosos.

Medidas

As informações do presente estudo foram coletadas durante o seguimento de 2008, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Após os participantes concordarem em novamente participar do estudo, eles foram informados sobre os objetivos e procedimentos a serem realizados e foram solicitados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista e exames clínicos realizados segundo critérios da OMS²¹. A entrevista foi realizada em casa ou em associações de bairro, e os exames clínicos foram realizados por dois examinadores experientes e previamente treinados, em consultórios dentários localizados nas unidades básicas de saúde do município.

Instrumentos

1) Questionário com variáveis sociodemográficas, comportamentais e história odontológica.

As informações sociodemográficas e de comportamento incluíram: idade (em anos, categorizada como 60-64, 65-69, 70-74, 75-80, mais que 80), sexo, localização do domicílio

(zona urbana ou rural), estado civil (casado, separado, viúvo e solteiro, categorizado em casado, viúvo/separado e solteiro), escolaridade (em anos, categorizada em fundamental incompleto, fundamental completo e ensino médio e superior) e renda familiar mensal. Foi incluída também uma questão sobre participação em grupos de terceira idade: “Você participa de algum grupo de terceira idade de sua comunidade ou dos encontros de convivência de idosos de sua ou outra comunidade?”. A história odontológica também foi autorrelatada com perguntas sobre a última visita ao dentista e o motivo da consulta, além de hábitos como o tabagismo (fumante atual de cigarros, categorizado em sim ou não) e de auto-cuidados de higiene bucal através da pergunta: “Com que frequência você escova os dentes?” Com respostas categorizadas em: “uma vez por dia”, “duas vezes por dia” e “mais que duas vezes por dia”.

1.1) Oral Health Impact Profile – OHIP-14

Foi desenvolvido por Slade (1994)²² e validado para o português por Oliveira e Nadanovsky (2005)²³. O propósito é de fornecer uma mensuração abrangente de disfunção, desconforto e incapacidade atribuída à condição bucal. O questionário é constituído por 14 itens, geralmente avaliado como um escore único. É respondido com uma escala do tipo Likert, com cinco opções que variam de "nunca" (0) até "sempre" (4). Foi realizada uma análise inicial, em que o OHIP foi categorizado em zero e maior do que zero, além da avaliação do escore médio do OHIP. Na análise multivariada os escores foram considerados como contínuos.

1.2) Escala de Resiliência

A resiliência foi medida por meio da Escala de Resiliência (ER), desenvolvida por Wagnild & Young (1993)¹⁸, validada para o idioma Português Brasileiro por Pesce e colaboradores (2005)²⁴. Essa escala possui 25 itens descritos de forma positiva com respostas

tipo Likert, de sete pontos, variando de “discordo totalmente” (1) a “concordo totalmente” (7). Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos. Apesar da divisão em dois fatores, a escala tem sido utilizada como escore único, categorizados conforme as faixas definidas pela autora: <125 (baixa), 125-145 (média) e >145 (alta)^{18, 25}.

2) Exames bucais

O exame clínico de saúde bucal foi realizado nos anos de 2004 e 2008 para contar o número de dentes em boca, utilizando o índice CPOD. A soma de dentes classificados como perdidos após exame clínico odontológico foi utilizada para calcular o número de dentes perdidos por participante. O número de dentes foi categorizado considerando o arco dental reduzido segundo a OMS, formado por pelo menos 20 dentes, caracterizado como aceitável do ponto de vista funcional. O número de dentes foi categorizado em: maior ou igual 20 dentes, 1-19 dentes e 0 dente²¹. A variável “dente extraído nos últimos quatro anos” foi derivada da diferença entre o número de dentes do exame de 2008 e do exame de 2004.

Modelo teórico conceitual

O modelo comportamental utilizado neste estudo é uma adaptação do modelo proposto por Andersen e Davidson¹⁹. Como descrito na figura 1, o modelo modificado conceitua variáveis exógenas (idade e sexo) como variáveis distais, estando, portanto, localizadas no primeiro bloco de análise. Como variáveis intermediárias, no segundo bloco, estão os determinantes primários, representados por ambiente externo e características pessoais. O ambiente externo caracteriza-se pela localização do domicílio onde o idoso vive. Já as características pessoais, neste estudo, foram descritas por: estado civil, potencial de resiliência e recursos disponíveis, ou seja, escolaridade, renda e participação em grupos de terceira idade. As variáveis intermediárias, do terceiro bloco de análise, são os

comportamentos de saúde: práticas pessoais, entre elas frequência de escovação e tabagismo e frequência de visitas ao dentista. E, no bloco proximal, ou seja, no quarto bloco, observam-se as condições atuais de saúde bucal, das quais faz parte a perda dental nos últimos quatro anos e o número de dentes. O desfecho do estudo é a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, aqui determinada pelo escore do OHIP.

Este modelo parte da hipótese de que há um sistema de relações hierárquicas entre os quatro blocos de variáveis, que permitem observar as inter-relações existentes com a variável dependente e a existência de possíveis trajetórias que possam sugerir confundimento entre as variáveis.

Análise Estatística

Os dados foram descritos utilizando-se frequência simples e absoluta para variáveis qualitativas e médias e desvio-padrão para as variáveis quantitativas. Análise bivariada foi realizada por meio do teste qui-quadrado e Mann-Whitney. Análises uni e multivariada foram realizadas por meio de modelos lineares generalizados para variáveis discretas. Foram calculados modelos de regressão Binomial Negativa. Razões das médias (RM) são apresentadas juntamente com seus intervalos de confiança de 95% (IC 95%). A presença de sobredispersão foi confirmada em análises preliminares e a modelagem seguiu as recomendações descritas em Hardin e Hilbe (2001)²⁶.

A seleção de variáveis que entraram em cada bloco foi definida a priori, conforme descrito previamente para modelos hierárquicos. As variáveis que permaneceram estatisticamente significantes dentro de cada bloco ($p < 0.25$) foram utilizadas no modelo final. O ajuste do modelo final, em comparação aos modelos de cada um dos blocos propostos, foi avaliado segundo o Baysean Information Criteria e pseudo- R^2 . A presença de

outliers e potencial de alavancagem dos modelos foi averiguado no modelo final. A análise estatística foi realizada no software STATA versão 9.2 (StataCorp, College Station, TX)

Resultados

A amostra estudada apresentou uma média de idade de 70,95 ($\pm 6,59$) anos. A maior parte da amostra era composta por mulheres (66,87%), pessoas que viviam na área urbana (53,21%) e casada (64,06%). A média do escore da Escala de Resiliência foi de 141,06 ($\pm 13,30$). Além disto, 45,92% da amostra não completaram o primário e 60,45% participavam de grupos da terceira idade. A maioria dos participantes (58,43%) relatou procurar o cirurgião dentista apenas em virtude de problemas bucais. O Coeficiente Alpha de Cronbach calculado para a avaliação de fidedignidade da ER foi de 0,78.

Em relação aos indivíduos que apresentaram somatório do OHIP=0, não houve diferença significativa para as variáveis. Já a média do OHIP foi significativamente maior em mulheres ($6,7 \pm 6,3$) do que em homens ($5,8 \pm 6,5$), moradores da zona rural ($7,3 \pm 6,7$) do que na zona urbana ($5,6 \pm 6,0$) e também em solteiros ($8,0 \pm 6,3$) do que casados ($6,9 \pm 7,0$) e viúvo/separado ($5,1 \pm 4,8$) (Tabela 1).

Não houve associação entre as variáveis que compõem o primeiro bloco: idade e sexo com o desfecho (tabela 2). Já, no segundo bloco, o local de domicílio (rural), apresentou uma RMb (bruta) (IC95%) de 1,30 (1,08-1,55) e, no modelo ajustado a RMa (ajustada) (IC95%) foi de 1,37 (1,11-1,70) (tabela 3).

Quanto às características pessoais, a resiliência não foi estatisticamente significativa, ao contrário do estado civil. Os idosos casados, quando comparados com os viúvos/separados, apresentam uma RMb (IC95%) de 1,34(1,09-1,64) e RMa (IC95%) de 1,30(1,06-1,60). Escolaridade, renda e participação em grupos da terceira idade não foram estatisticamente

significativas, bem como as variáveis de comportamento em saúde e condições de saúde bucal (terceiro e quarto blocos) (tabelas 4 e 5).

Para o modelo totalmente ajustado, apenas as variáveis referentes ao ambiente externo, que formaram o segundo bloco (Determinantes distais) apresentaram diferença estatisticamente significativa. Indivíduos moradores da zona rural apresentaram uma RMa (IC95%) de 1,32 (1,06-1,65) e os casados, uma RMa (IC95%) de 1,36 (1,07-1,72) quando relacionados com viúvos/separados (tabela 6).

Discussão

Os resultados deste estudo mostram que idosos independentes moradores da zona rural e casados do sul do Brasil sofrem mais impactos de saúde bucal. Variáveis exógenas e determinantes primários, na posição mais distal do modelo hierárquico, estiveram associadas a maiores impactos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, enquanto que as mais proximais, relacionadas a comportamentos de saúde e condições de saúde bucal, não tiveram significância estatística. No entanto, entre os determinantes primários, a resiliência, como um construto multidimensional, não apresentou significância estatística quando avaliada dentro do modelo hierárquico, rejeitando nossa hipótese inicial.

A condição conjugal é um dos mais importantes determinantes sociais de saúde e está fortemente associada com uma série de desfechos de saúde mental. Casados têm menores níveis de depressão, ansiedade e estresse psicológico que os não casados²⁷. Além disso, morar sem um parceiro está relacionado geralmente a reportar um pior índice de qualidade vida²⁸. Nossos resultados demonstram que casados, quando comparados com separados/viúvos, referem mais impactos de saúde bucal relacionados à qualidade de vida. Isso pode estar relacionado com a presença de um companheiro, que determina uma auto-estima maior e a

possibilidade de aumento na importância dada aos fatores determinantes de sua saúde influenciando seu comportamento²⁹. Estudos que analisam a mudança de estado civil, sobretudo de casados para separados ou viúvos, apontam um aumento na prevalência de doenças mentais e físicas, não só crônicas como agudas³⁰. Entre elas depressão³¹, artrite³², hipertensão³³ e doenças cardiovasculares³⁴.

O uso rotineiro de serviços de saúde é menor por parte de pacientes moradores da zona rural³⁵, o que parece ser explicada pela falta de acesso em razão da menor disponibilidade de recursos, entre eles a flutuação das águas de abastecimento³⁶ e da distância para esses serviços. Esse fato pode estar relacionado com um estado de saúde bucal mais desfavorável para essas pessoas, aumentando os impactos na sua qualidade de vida. Morar na zona rural parece ser um preditor de desvantagem em relação à dor dental e necessidade de prótese³⁷. Entretanto, a maioria dos estudos não descreve com precisão a localização do domicílio e por isso são raros os que analisam esta variável, sobretudo quando relacionada à qualidade de vida³⁸. A relação entre pessoas que vivem em comunidades rurais e urbanas varia conforme a doença analisada. Para o mal de Parkinson, por exemplo, a qualidade de vida é melhor nas áreas urbanas³⁹ enquanto que, para artrite reumatóide, essa relação é inversa⁴⁰. Nossos resultados demonstram uma associação significativa do desfecho com o local de domicílio dos participantes da amostra. Morar na zona rural apresentou uma probabilidade maior de perceber os impactos de saúde bucal na qualidade de vida do que na zona urbana. Isso pode estar relacionado com uma proximidade maior entre as pessoas conhecidas e devido às diferenças de ambientes físicos e sociais determinantes do estilo de vida dessas pessoas. Ainda podemos relatar as condições peculiares da área rural do local onde foi realizada a pesquisa, sendo reconhecida como um dos melhores índices de desenvolvimento humano brasileiros. Observando o alto valor do escore médio de resiliência podemos pensar na

possibilidade de que os participantes do estudo mostram um viés de vida seletiva e um ceiling effect.

Estudos mostram que variáveis odontológicas, como perda dentária, estão associadas com pior qualidade de vida^{11, 41, 42}. Nossos resultados apresentam uma significância limítrofe, com alguma tendência para que idosos com dentes ausentes reportassem um pouco mais os impactos de saúde bucal. No entanto, cabe questionar o quanto a perda dentária e as sequelas de uma história pregressa de mutilações em relação à saúde bucal podem ser consideradas por essa população como um estressor. É sabido que muitos idosos consideram a sua saúde bucal como boa ou excelente apesar das perdas^{43, 44}, ou seja, porque se adaptam a uma determinada situação “acionando o seu potencial de resiliência” se não considera a saúde bucal um problema, ou melhor, se esses impactos não repercutem na qualidade de vida relacionada a saúde bucal. Culturalmente, gerações passadas consideraram a perda dentária como algo aceitável. Ainda hoje é comum, na prática clínica, a ideia de pacientes idosos de que é preferível a perda dentária à dor que um dente pode causar.

Em um estudo anterior do grupo¹⁶ foi encontrada uma associação entre ter alto potencial de resiliência e perceber sua saúde bucal como boa, mesmo considerando que a amostra de idosos estudados possuía alta prevalência de perdas dentárias. No entanto, possíveis associações entre resiliência e qualidade de vida relacionada com a saúde bucal não foram avaliadas. Isso nos leva a questionar qual o significado da resiliência nesse contexto. Caso os idosos não considerem a sua condição de saúde bucal como um estressor, talvez eles percebam que a saúde bucal não é ideal, sem considerar isso um problema⁴². Dessa forma, a falta de associação da resiliência com a qualidade de vida relacionada à saúde bucal medida através do OHIP pode ser devido ao estudo da resiliência normalmente se basear em eventos de maior magnitude, geralmente relacionados à luto⁴⁵, perda de cônjuges⁴⁶, catástrofes e combates de guerra. Podemos ainda supor que os danos causados pela perda dentária, devido

ao fato de acontecerem gradualmente, não sejam geradores de estresse. Além disso, por remeter à ideia de flexibilidade e adaptação, a resiliência assume características que variam de fator de risco a fator de proteção, dependendo não só da presença de seus condicionantes, mas também da intensidade que tais condicionantes apresentam¹⁵.

O comportamento do indivíduo está bidirecionalmente condicionado à percepção de sua saúde bucal. O OHIP é um dos instrumentos mais usados para medir os impactos que essa percepção pode ocasionar na saúde geral e, por consequência, nos comportamentos em saúde. Contudo, o seu foco é em adversidades, não abordando nenhum aspecto positivo de saúde bucal. O oposto acontece com a Escala de Resiliência, que vem tendo revisões quanto ao modo de interpretá-la, não abordando aspectos negativos que tais adversidades possam acarretar. Indicadores sociodentais baseados na International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) como o OHIP geralmente não estão adaptados à realidade dos respondentes porque não levam em consideração as crenças e os comportamentos preditores do comportamento dessas pessoas^{47, 48}. Além disso, as percepções sobre a saúde mudam o tempo todo, o que ocasionam mudanças nas respostas desse tipo de instrumento⁴². Quando as pessoas percebem sua condição bucal, o fazem com certa precisão; usando, entretanto, critérios diferentes dos do profissional. Enquanto o cirurgião dentista avalia a condição com base na ausência ou presença de doença, o paciente dá mais importância aos sintomas e problemas funcionais e sociais que são ocasionados pela presença da doença⁴⁹.

A homogeneidade da amostra pode ser uma limitação deste estudo quando os dados forem extrapolados. A maior parte dos participantes da pesquisa eram brancos devido à forte imigração italiana presente na região. Por fim, podemos considerar também uma limitação o delineamento transversal deste estudo. Acreditamos que sejam necessários estudos com amostras maiores e com delineamento longitudinal para que possíveis relações causais possam ser amplamente exploradas.

O estudo, a nosso ver, é o primeiro que propõe uma avaliação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde bucal considerando variáveis sociodemográficas e comportamentais de saúde geral. Os resultados apontam para a necessidade de aprofundamento nas questões que envolvem fatores subjetivos relacionados à saúde bucal e de como eles podem influenciar na qualidade de vida de idosos. O fato de haver diferenças entre as percepções de saúde bucal influenciadas pelas características sociodemográficas podem ajudar na construção de um paradigma mais equânime de atenção em saúde bucal, avançando no enfrentamento das diferenças assistenciais de países em desenvolvimento como o Brasil.

Referências Bibliográficas

- 1- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde. – 1. ed., 2.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde 2003; 70 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde).
- 2- RAMOS LR, VERAS RP, KALACHE A. **Envelhecimento da população mundial: Uma realidade brasileira**. Rev Saúde Pública 1987;21(3):211-224.
- 3- CHAIMOWICZ F. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas**. Rev. Saúde Pública 1997;31(2):184-200.
- 4- FRENK J et al. **La transición epidemiológica en América Latina**. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1991;111(6):485-496.
- 5- HUGO FN, HILGERT JB, DE SOUSA MLR, DA SILVA DD, PUCCA JR GA. **Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly**. Community Dent Oral Epidemiol 2007;35:224-232.
- 6- SHINKAI RSA, CURY AADB. **O Papel da odontologia na equipe interdisciplinar: Contribuindo para a atenção integral ao idoso**. Cad. Saúde Pública 2000;16(4):1099-1109.

- 7- FLECK MPA et al. **A Avaliação de Qualidade de Vida: Guia para Profissionais da Saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008. 228p.
- 8- SLADE GD. **Derivation and validation of a short-form oral health impact profile.** Community Dent Oral Epidemiol 1997;25:284-90.
- 9- ATCHISON KA. **Understanding the Quality in Quality Care and Quality of Life.** In: Inglehart MR, Bagramian RA. Oral Health-Related Quality of Life. USA: Quintessence Books, 2002;13-29.
- 10- RUTTER M. **Psychosocial resilience and protective mechanisms.** Am J Orthopsychiatric 1987;57(3):316-331.
- 11- LEÃO A, SHEIHAM A. **Relationship between clinical dental status and subjective impacts on daily living.** J dent Res 1995;74:1408-1413.
- 12- HEBLING E, PEREIRA AC. **Oral health-related quality of life: a critical appraisal of assessment tools used in elderly people.** Gerodontology 2007;24(3):151-61.
- 13- MAKIJA SK et al. **The Relationship Between Sociodemographic Factors and OralHealth-Related Quality of Life in Dentate and Edentulous Community-Dwelling Older Adults.** JAGS 2006;54:1701-1712.
- 14- TSAKOS G, STEELE JG, MARCENES W, WALLS AWG, SHEIHAM A. **Clinical correlates of oral health-related quality of life: evidence from a national sample of British older people.** Eur J Oral Sci 2006;114:391-395.
- 15- LARANJEIRA, CASJ. **Do Vulnerável Ser ao Resiliente Envelhecer: Revisão de Literatura.** Psicologia: Teoria e Pesquisa 2007;23(3)327-332.
- 16- MARTINS AB et al. **Resilience and Self-Perceived Oral Health: A Hierarchical Approach.** JAGS 2011;59:725-731.
- 17- NETUVELI G et al. **Mental health and resilience at older ages: bouncing back after adversity in the British Household Panel Survey.** J Epidemiol Community Health 2008;62:987-991.

- 18- WAGNILD GM, YOUNG HM. **Development and psychometric evaluation of the resilience scale.** J Nurs Meas 1993;1(2):165-177.
- 19- ANDERSEN RM, DAVIDSON PL. **Ethnicity, Aging, and oral health outcomes: a conceptual framework.** Adv Dent Res 1997;11(2):203-209.
- 20- HUGO FN, HILGERT JB, DA LUZ RSM, CURY JA. **Oral status and its association with general quality of life in older independent-living south-Brazilians.** Community Dent Oral Epidemiol 2009;37:231-240.
- 21- WHO/World Health Organization. **Oral Health Surveys: Basic Methods**, 4th Ed. Geneva: World Health Organization, 1997.
- 22- SLADE GD, SPENCER AJ. **Development and evolution of the oral health impact profile.** Commun Dent Health 1994;11:3-11.
- 23- OLIVEIRA BH, NADANOVSKY P. **Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form.** Community Dent Oral Epidemiol 2005;33:307-14.
- 24- PESCE RP, ASSIS SG, AVANCI JQ et al. **Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the resilience scale.** Cad Saúde Pública 2005;21:436-448.
- 25- WAGNILD GM. **The Resilience Scale: User's Guide.** 2009.
- 26- HARDIN J, HILBE J. **Generalized Linear Models and Extensions.** College Station: Stata Press 2001; 245p.
- 27- WALDRON I, HUGHES ME, BROOKS TL. **Marriage Protection and Marriage Selection-Prospective Evidence for Reciprocal Effects of Marital Status and Health.** Social Science and Medicine 1996;43(1):113-23.
- 28- SPRANGERS MAG. **Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life?** Journal of Clinical Epidemiology 2000;53:895-907.
- 29- KOBALL HL, MOIDUDDIN E, HENDERSON J, GOESLING B and BESCULIDES M. **What do we know about the link between marriage and health?** Journal of Family Issues 2010;31:1019.

- 30- WU Z, PENNING MJ, POLLARD MS, HART R. **"In Sickness and in Health": Does Cohabitation Count?** Journal of Family Issues 2003;24:811.
- 31- MEADOWS SO, MCLANAHAN SS, BROOKS-GUNN J. **Stability and change in family structure and maternal health trajectories.** American Sociological Review 2008;73:314-334.
- 32- LORENZ FO, WICKRAMA KAS, CONGER RD, ELDER JR GH. **The short- term and decade-long effects of divorce on women's midlife health.** Journal of Health and Social Behavior 2006;47:111-125.
- 33- PRIGERSON HG, MACIEJEWSKI PK, ROSENHECK RA. **Preliminary explorations of the harmful interactive effects of widowhood and marital harmony on health, health service use, and health care costs.** The Gerontologist 2000;40:349-357.
- 34- ZHANG Z, HAYWARD MD. **Gender, the Marital Life Course, and Cardiovascular Disease In Late Midlife.** J Marriage Fam 2006;68(3):639-657.
- 35- MARTINS AMBEL, BARRETO SM, PORDEUS IA. **Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil.** Cad. Saúde Pública 2008;24(1):81-92.
- 36- QUANDT SA. **Disparities in Oral Health Status Between Older Adults in a Multiethnic Rural Community: The Rural Nutrition and Oral Health Study.** JAGS 2009;57:1369-1375.
- 37- CHAVERS LS, GILBERT GH, SHELTON BJ. **Racial and Socioeconomic Disparities in Oral Disadvantage, a Measure of Oral Health-related Quality of Life; 24-month Incidence.** Journal of Public Health Dentistry 2002;62(3):140-147.
- 38- COHEN-CARNEIRO F, SOUZA RS, REBELO MAB. **Qualidade de vida relacionada à saúde bucal: contribuição dos fatores sociais.** Ciência & Saúde Coletiva 2011;16(1):1007-1015.
- 39- KLEPAC N et al. **Association of rural life setting and poorer quality of life in Parkinson's disease patients: a cross-sectional study in Croatia.** European Journal of Neurology 2007;14:194-198.

- 40- CORNELISSEN PJ, RASKER JJ, VALKENBURG HS. **The arthritis sufferer and the community: a comparison of arthritis sufferers in rural and urban areas.** *Annals of Rheumatologic Disorders* 1988;47:150-156.
- 41- JOHN MT et al. **Demographic Factors, Denture Status and oral health-related quality of life.** *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32:125-32.
- 42- LOCKER D. **Clinical correlates of changes in self-perceived oral health in older adults.** *Community Dent Oral Epidemiol* 1997;25:199-203.
- 43- DAHL KE, WANG NJ, HOLST D, O'HRN K. **Oral healthrelated quality of life among adults 68–77 years old in Nord-Trøndelag, Norway.** *Int J Dent Hygiene* 2011;9:87-92.
- 44- ZAINAB S, ISMAIL NM, NORBANEE TH, ISMAIL AR. **The prevalence of denture wearing and the impact on the oral health related quality of life among elderly in Kota Bharu, Kelantan.** *Archives of Orofacial Sciences* 2008;3(1):17-22
- 45- BONANNO GA et al. **Resilience to loss and chronic grief : a prospective study from preloss to 18-months postloss,** *Journal of Personality and Social Psychology* 2002;83(5)1150-64.
- 46- BENNETT K. **How to achieve resilience as an older widower: turning points or gradual change?** *Ageing & Society* 2010;30:369-382.
- 47- LOCKER D, ALLEN FP. **What do measures of ‘oral health-related quality of life’ measure?** *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35:401-411.
- 48- BRONDANI MA et al. **Using written vignettes in focus groups among older adults to discuss oral health as a sensitive topic.** *Qual Health Res* Aug 2008;18(8):1145-53.
- 49- BORTOLI D. **Associação entre Percepção de Saúde Bucal e Indicadores Clínicos e Subjetivos: Estudo em Adultos de um Grupo De Educação Continuada da Terceira Idade.** *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde* 2003;9(3/4):55-65.

TABELAS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Descrição das variáveis estudadas em relação ao OHIP.	47
Tabela 2: Razão de médias (RM) brutas e ajustadas do OHIP em relação às variáveis do bloco 1	48
Tabela 3: Razão de médias (RM) do OHIP e as variáveis do bloco 2	49
Tabela 4: Razão de médias (RM) do OHIP e as variáveis do bloco 3	50
Tabela 5: Razão de médias (RM) do OHIP e as variáveis do bloco 4	51
Tabela 6: Razão das médias do OHIP no modelo final	52

Tabela 1: Descrição das variáveis estudadas em relação ao OHIP.

		OHIP=0 (N/%)	P	OHIP (Média± DP)	p
Idade (em anos)	60-65	105 (10,48)	0,074	7,9 (±7,2)	0,082
	66-70	149 (14,09)		5,8 (±6,1)	
	71-75	128 (13,28)		6,2 (±6,0)	
	76-80	70 (22,86)		6,1 (±7,3)	
	81 ou mais	40 (5,00)		5,6 (±4,2)	
Sexo	Masculino	162 (17,90)	0,052	5,8 (±6,5)	0,011
	Feminino	330 (11,52)		6,7 (±6,3)	
Localização do Domicílio	Urbana	264 (14,02)	0,078	5,6(±6,0)	<0,01
	Rural	228 (13,16)		7,3(±6,7)	
Estado Civil	Casado	315 (13,97)	0,276	6,9 (±7,0)	0,032
	Viúvo/ Separado	142 (13,38)		5,1 (±4,8)	
	Solteiro	29 (3,45)		8,0 (±6,3)	
Resiliência	<125	37 (10,81)	0,604	5,4 (±4,6)	0,145
	125-145	275 (12,73)		6,7 (±6,2)	
	>145	180 (15,56)		6,1 (±6,9)	
Escolaridade	Fund incompleto	222 (14,41)	0,620	6,0 (±5,9)	0,783
	Fund completo	191 (11,52)		6,4 (±6,6)	
	Médio a superior	73 (15,07)		7,3 (±7,3)	
Renda	0-1 Salário	249 (15,66)	0,358	7,0 (±6,9)	0,152
	1-2 Salários	191 (11,52)		5,6 (±5,4)	
	> 2 salários	92 (10,87)		5,9 (±6,4)	
Participação em grupos	Sim	296 (14,86)	0,343	6,3 (±6,6)	0,798
	Não	194 (11,86)		6,3 (±6,2)	
Frequência de escovação	≤ 1 X ao dia	96 (10,42)	0,448	6,6 (±6,1)	0,655
	2 X ao dia	204 (15,69)		6,1 (±6,3)	
	≥2 X ao dia	190 (13,16)		6,4 (±6,6)	
Fumo	Sim	27 (14,81)	0,859	5,2 (±5,1)	0,314
	Não	463 (13,61)		6,5 (±6,5)	
Acesso ao serviço odontológico	Nunca	142 (14,08)	0,320	5,5 (±6,0)	0,257
	Quando tem problema	289 (12,11)		6,7 (±6,3)	
	Ocasionalmente	20 (20,00)		6,0 (±5,6)	
	Regularmente	36 (22,22)		7,3 (±8,6)	
Dente extraído nos últimos 4 anos (2004 - 08)	Nenhum	334 (14,67)	0,587	5,8 (±7,0)	0,405
	1 dente	56 (9,43)		6,0 (±6,1)	
	> 1 dente	61 (14,75)		6,7 (±6,4)	
Número de dentes em 2008	Desdentados	265 (13,21)	0,403	6,2 (±6,4)	0,131
	Entre 1 e 19 dentes	72 (18,06)		7,4 (±7,1)	
	≥ 20 dentes	148 (11,49)		6,1 (±6,9)	

Tabela 2: Razão de médias (RM) brutas e ajustadas do OHIP em relação às variáveis do bloco 1

		RM bruta	IC95%	RM ^a	IC95%
Idade		0,99	0,97-1,00	0,99	0,97-1,00
Sexo	Masculino	1			
	Feminino	1,16	0,96-1,41	1,14	0,94-1,38

a. Associações ajustadas para as variáveis do bloco 1 (Idade e Sexo).

Pseudo-R2 = 0,2%; Bem-Akiva adjusted pseudo-R2= 0,0%; BIC: 2896,407

Tabela 3: Razão de médias (RM) do OHIP e as variáveis do bloco 2

		RM bruta	IC95%	RM ^a	IC95%
Localização de Domicílio	Urbana	1			
	Rural	1,30	1,08-1,55	1,37	1,11-1,70
Resiliência	<125	1,00			
	125-145	1,23	0,86-1,76	1,19	0,83-1,69
	>145	1,11	0,77-1,61	1,02	0,71-1,48
Estado Civil	Viúvo/Separado	0,99	0,98-1,01	0,99	0,98-1,00
	Casado	1,34	1,09-1,64	1,30	1,06-1,60
	Solteiro	1,57	1,05-2,34	1,38	0,92-2,08
Renda Familiar		0,93	0,85-1,01	0,94	0,87-1,03
Participação em grupos da terceira idade	Sim	1			
	Não	1,00	0,83-1,21	0,88	0,71-1,09
Escolaridade	Primário incompleto	1			
	Primário Completo	1,06	0,87-1,29	1,06	0,87-1,29
	> Primário	1,20	0,92-1,58	1,12	0,85-1,47

a. Associações ajustadas para as variáveis do bloco 2 (Localização do Domicílio, Resiliência, Estado Civil, Renda Familiar, Participação em Grupos da Terceira Idade e Escolaridade).

Pseudo-R2 = 0,8%; Bem-Akiva adjusted pseudo-R2= 0,0%; BIC: 2832,295

Tabela 4: Razão de médias (RM) do OHIP e as variáveis do bloco 3

		RM Bruta	IC95%	RM ^a	IC95%
Fumo	Sim	1			
	Não	1,24	0,83-1,87	1,22	0,81-1,83
Frequência de escovação dentária	3X ao dia	1			
	2X ao dia	0,95	0,78-1,17	0,96	0,81-1,83
	1X ou menos	1,03	0,80-1,32	1,02	0,79-1,32
Uso de serviços odontológicos	Nunca	1			
	Quando tem dor	1,22	0,99-1,51	1,23	1,00-1,52
	Ocasionalmente	1,09	0,67-1,77	1,08	0,66-1,76
	Regularmente	1,33	0,91-1,93	1,31	0,90-1,92

a. Associações ajustadas para as variáveis do bloco 3 (Fumo, Frequência de Escovação Dentária e Uso de Serviços Odontológicos).

Pseudo-R2 = 0,2%; Bem-Akiva adjusted pseudo-R2= 0,0%; BIC: 2863,526

Tabela 5: Razão de médias (RM) do OHIP e as variáveis do bloco 4

	RM Bruta	IC95%	RM ^a	IC95%
Incidência de perda dentária 2004 – 2008	1,04	0,99-1,10	1,04	0,99-1,10
Dentes ausentes em 2008	1,02	1,00-1,03	1,02	1,00-1,03

- a. Associações ajustadas para as variáveis do bloco 4 (Incidência de Perda Dentária 2004-2008 e Dentes Ausentes em 2008).

Pseudo-R2 = 0,3%; Bem-Akiva adjusted pseudo-R2= 0,0%; BIC: 2651,652

Tabela 6: Razão das médias do OHIP no modelo final

			RM	IC95%
			ajustada	
Bloco 1 (Variáveis exógenas)	Idade		0,99	0,98-1,01
	Sexo	Masculino	1	
		Feminino	1,14	0,91-1,44
Bloco 2 (Determinantes distais)	Local de domicílio	Urbana	1	
		Rural	1,32	1,06-1,65
	Estado civil	Viúvo/Separado	1	
		Casado	1,36	1,07-1,72
		Solteiro	1,41	0,91-1,72
	Participação em grupo da terceira idade	Não	1	
Sim		0,86	0,68-1,08	
	Renda familiar mensal		0,97	0,88 -1,06
Bloco 4 (Condições clínicas de saúde)	Incidência de perda dental 2004-2008		1,03	0,98 -1,09
	Dentes ausentes em 2008		1,02	1,00 -1,03

a. Associações ajustadas para as variáveis que permaneceram, após ajuste, com $p < 0,25$ dentro de cada bloco.

Pseudo-R² = 1,0%; Ben-Akiva adjusted pseudo-R² = 0,2%; BIC: 2628,789

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional é um fenômeno que ocorre no mundo todo. No Brasil, o cuidado com a população de idosos não acompanhou o seu crescimento, tendo como resultado entre uma série de fatores, condições de saúde bucal precárias. Este quadro pode influenciar na qualidade de vida destas pessoas. Por isso é importante que conheçamos um pouco mais sobre a forma como esta população percebe seus problemas de saúde e como procura resolvê-los, para o desenvolvimento de ações adequadas para o seu perfil sócio cultural.

Este estudo teve o objetivo de compreender um pouco melhor as interações das características sócio-econômicas de uma população de idosos da serra gaúcha com variáveis subjetivas que procuram medir os impactos que a saúde bucal pode ocasionar na qualidade de vida e a resiliência. Para isso usamos um modelo hierárquico que considera as variáveis dentro de um contexto no qual estão colocadas conforme a proximidade e inerência ao sujeito.

Nossos resultados apontam para uma situação em que variáveis exógenas e determinantes primários, que se encontram na posição mais distal no modelo hierárquico, estiveram associados a uma melhor percepção de impactos de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. As mais proximais, relacionadas a comportamentos de saúde e condições de saúde bucal, não tiveram significância estatística.

Ser casado e morar na zona rural parecem estar relacionados a maiores impactos de saúde bucal na qualidade de vida dos idosos participantes da pesquisa. O estado civil é um dos mais importantes determinantes sociais de saúde e é preditor de alguns problemas de saúde, sobretudo mentais. O fato de o homem ser um ser social pode estar relacionado com a importância dada à sua aparência e com isso a sua saúde. A presença de um companheiro pode contribuir para uma percepção dos impactos gerando um cuidado mais acentuado quando comparados a separados ou viúvos.

O local de domicílio é uma variável pouco explorada pelos estudos em geral, muitos deles não especificam a localização de moradia dos pesquisados. Neste estudo morar na zona rural está relacionado a maiores impactos de saúde bucal. O acesso mais difícil na zona rural a serviços odontológicos é amplamente relatado na literatura como um preditor importante de diferenças nos níveis de saúde quando comparamos com a zona urbana. Isto pode influenciar na maneira na qual as pessoas encaram sua saúde, pois as condições de moradia influenciam na forma de percepção da mesma. A probabilidade de estar mais próximo ao seu suporte social é maior na zona rural afetando diretamente a forma como as pessoas encaram seus problemas de saúde.

O instrumento utilizado neste estudo para medir o impacto de saúde bucal - OHIP 14 - na qualidade de vida considera apenas aspectos negativos. Por sua vez o instrumento usado para medir resiliência - Escala de Resiliência - leva em conta apenas aspectos positivos. Os escores de resiliência apresentados pela população estudada foram, em média, muito altos, fatos que podem ter influenciado na saída da variável pesquisada do modelo ajustado. Outro aspecto a ser considerado é a complexidade e multidimensionalidade dos conceitos abordados neste trabalho. É muito sutil a presença da percepção de saúde bucal tanto na qualidade de vida quanto na possibilidade de sua relação com a resiliência.

O estudo de variáveis subjetivas aprofunda uma questão relativa à tomada de decisões relacionadas ao planejamento de políticas públicas para a saúde bucal. É necessário que avancemos no debate com o intuito de modificar a forma como as decisões relativas a este campo são tomadas. O empirismo e a falta de convicções para elaborar projetos que podem alterar o quadro epidemiológico caótico que se apresenta devem ser substituídos por dados que não só apresentem a realidade, como revelem a forma de pensar dos maiores interessados neste assunto: os idosos. A resiliência e a qualidade de vida podem ser variáveis importantes na transformação deste paradigma.

5 REFERÊNCIAS

ADULYANON, S. et al. **Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population.** Community Dent Oral Epidemiol, v. 24, p. 385-9, 1996.

ALLEN, P. F. **Assessment of oral health related quality of life.** Health and Quality of Life Outcomes, v. 1, p. 40, 2003.

ANDERSEN, R. M.; DAVIDSON, P. L. **Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework.** Adv Dent Res, v. 11 n.2, p. 203-209, 1997.

ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. **Epidemiologia da Saúde Bucal.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ARAÚJO, S. S. C. et al. **Social support, health and oral health promotion among the elderly population of Brazil.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v. 10, n. 19, p. 203-16, jan/jun 2006.

ATCHISON, K. A. **The General oral Health Assessment Index.** In: SLADE, G. D. **Measuring oral health and quality of life.** Chapel Hill: School of dentistry, University of North Carolina, p. 71- 80, 1997.

ATCHISON, K. A. **Understanding the Quality in Quality Care and Quality of Life.** In: INGLEHART, M. R.; BAGRAMIAN, R. A. **Oral Health-Related Quality of Life.** USA: Quintessence Books, p. 13-29, 2002.

BARBATO, P. R. et al. **Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços.** Cadernos de Saúde Pública, v. 23, n. 8, p. 1803-1814, 2007.

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

BOINI, S. et al. **Impact of cancer occurrence on health-related quality of life: A longitudinal pre-post assessment.** Health and Quality of Life Outcomes, v. 2 n. 4, 2004.

BORTOLI, D. **Associação Entre Percepção de Saúde Bucal e Indicadores Clínicos e Subjetivos: Estudo em Adultos de Um Grupo de Educação Continuada da Terceira Idade.** Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa, v. 9 n. 3/4, p. 55-65, set./dez. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde. 1. ed., 2.^a reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 70 p.: il. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 68 p.: il. color. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal** – Nota Para a Imprensa. Brasília, 28 de dezembro de 2010.

BRENNAN, D. S.; SPENCER, J.; ROBERTS-THOMSON, K. F. **Tooth loss, chewing ability and quality of life.** Qual Life Res n. 17, p. 227–235, 2008.

CARR, A. J.; GIBSON, B.; ROBINSON, P. G. **Is quality of life determined by expectations or experience?** BMJ v. 322, n. 19, 2001.

CHAIMOWICZ, F. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas.** Rev. Saúde Pública, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

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

DAHL, K. E. et al. **Oral healthrelated quality of life among adults 68–77 years old in Nord-Trøndelag, Norway.** Int J Dent Hygiene, v.9, p. 87–92, 2011.

EARVOLINO-RAMIREZ, M. **Resilience: A concept analysis.** Nursin Forum, v. 42, n. 2, p. 73-82, 2007.

ELIAS, A. C.; SHEIHAM, A. **The relationship between satisfaction with mouth and number and position of teeth: Studies in Brazilian adults.** J Oral Rehab; v. 26, p. 53–71, 1999.

FLECK, M. P. A. et al. **A Avaliação de Qualidade de Vida: Guia para Profissionais da Saúde.** Porto Alegre: Artmed. 228p. 2008.

FRENK, J. et al. **La transición epidemiológica en América Latina.** Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana v. 111 n. 6, p. 485-496, 1991.

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

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

GROTBERG, E. H. **Nuevas tendencias en resiliencia.** In: Mellio A., Suarez Ojeda E.N. **Resiliencia: Descubriendo Las Proprias Fortalezas.** Buenos Aires: Paidós, 2003.

HARDY, S. E.; CONCATO, J.; GILL, T. M. **Resilience of Community-Dwelling Older Persons.** J Am Geriatr Soc, v. 52, n. 2, p. 257-262, 2004.

HEBLING, E.; PEREIRA, A. C. **Oral health-related quality of life: a critical appraisal of assessment tools used in elderly people.** Gerodontology, v. 24, n. 3, p. 151-61, 2007.

HILDON, Z. et al. **Understanding adversity and resilience at older ages.** Sociology of Health & Illness, v. 30, n. 5, p. 726–740, 2008.

HUGO, F. N. et al. **Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly.** Community Dent Oral Epidemiol, n. 35, p. 224–232, 2007.

HUGO, F. N. et al. **Oral status and its association with general quality of life in older independent-living south-Brazilians.** *Community Dent Oral Epidemiol*, n. 37, p. 231–240, 2009.

HUMMEL, S. K. et al. **Quality of removable partial dentures worn by the adult U.S. population.** *The Journal of Prosthetic Dentistry* v. 88, n. 1, p. 37-43, 2002.

IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050 – revisão 2004**, p. 49-60, Rio de Janeiro, outubro de 2004.

INUKAI, M. et al. **Does Removable Partial Denture Quality Affect Individuals' Oral Health?** *J Dent Res*, v.87, n. 8, p. 736-739, 2008.

KOOP, M. et al. **Poor health behaviour and reduced quality of life of people treated with psychotropic drugs.** *Hum Psychopharmacol Clin Exp*, v. 26, p.161–167, 2011.

KRIJNEN, P. et al. **The effect of treatment on health-related quality of life in patients with hypertension and renal artery stenosis.** *Journal of Human Hypertension*, v. 19, p. 467–470, 2005.

LARANJEIRA, C. A. S. J. **Do Vulnerável Ser ao Resiliente Envelhecer: Revisão de Literatura.** *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Jul-Set, v. 23, n. 3, p. 327-332, 2007.

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

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. **Aging and public health.** *Cadernos de Saúde Pública*, v.19 n.93, p. 701-10, 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S.; GIATTI, L. **A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – PNAD/98.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v.7, n. 4, p. 813-824, 2002.

LOCKER, D. **Clinical correlates of changes in self-perceived oral health in older adults.** *Community Dent Oral Epidemiol*, v.25, p. 199-203, 1997.

LOCKER, D.; CLARKE, M.; PAYNE, B. **Self-perceived Oral Health Status, Psychological Well-being, and Life Satisfaction in an Older Adult** J Dent Res, n. 79, p. 970, 2000.

LORA, E. Beyond Facts, **Understanding Quality of Life**. 2008.

MAKIJA, S. K. et al. **The Relationship Between Sociodemographic Factors and OralHealth–Related Quality of Life in Dentate and Edentulous Community-Dwelling Older Adults**. JAGS, v. 54, p. 1701–1712, 2006.

MARTINS, A. B. et al. **Resilience and Self-Perceived Oral Health: A Hierarchical Approach**. JAGS, v. 59 p. 725–731, 2011.

MCKERNAN, M. et al. **The relationship between quality of life (EORTC QLQ-C30) and survival in patients with gastro-oesophageal cancer**. British Journal of Cancer, v. 98, p. 888 – 893, 2008.

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

MINGARDI, G. et al. **Health-related Quality of life in dialysis patients. A report for an Italian study using the SF-36 Health Survey**. Nephrol Dial Transplant, v.14, p. 1503-1510, 1999.

MONTERO, J. et al. **Dimensional structure of the oral health-related quality of life in healthy Spanish workers**. Health and Quality of Life Outcomes, v. 8, p. 24, 2010.

NETUVELI, G. et al. **Mental health and resilience at older ages: bouncing back after adversity in the British Household Panel Survey**. J Epidemiol Community Health, v. 62, p. 987-991, 2008.

PALLEGEDARA, C.; EKANAYAKE, L. **Tooth loss, the wearing of dentures and associated factors in Sri Lankan older individuals**. Gerodontology, v. 22, p. 193–199, 2005.

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.

PIKE, A.; DAWLEY, S.; TOMANEY, J. **Resilience, adaptation and adaptability.** Cambridge Journal of Regions, Economy and Society, v. 3, p. 59–70, 2010.

RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. **Envelhecimento da população mundial: Uma realidade brasileira.** Rev Saúde Pública, v. 21, n. 3, p. 211-224, 1987.

REISINE, S. T. et al. **Impact of Dental Conditions on Patients' Quality of Life.** Community Dent Oral Epidemiol, v. 17, p. 7-10, 1989.

RUTTER, M. **Psychosocial resilience and protective mechanisms.** Am J Orthopsychiatric, v. 57, n. 3, p. 316-331, 1987.

RYFF, C. D.; SINGER, B.; LOVE, G. D. **Resilience in adulthood and later life: defining features and dynamic processes.** In: LOMRANZ, J. **Handbook of aging and mental health: an interrogative approach.** Edited by: Plenum Press. New York, 1998.

SAINTRAIN, M. V. L.; VIEIRA, L. J. E. S. **Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar.** Ciência & saúde coletiva v.13 n. 4, 2008.

SANDERS, A. E. et al. **Trends in prevalence of complete tooth loss among Australians, 1979-2002.** Australian and New Zealand Journal of Public Health v. 28 n. 6, 2004.

SCHRAMM, J. M. A. et al. **Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SHINKAI, R. S. A.; CURY, A. A. D. B. **O Papel da odontologia na equipe interdisciplinar: Contribuindo para a atenção integral ao idoso.** Cadernos de Saúde Pública, v. 16, n. 4, p. 1099-1109, out-dez, 2000.

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

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

SLADE, G.D.; SPENCER, A. J. **Development and evolution of the oral health impact profile.** Commun Dent Health v. 11, p. 3–11, 1994.

SNEEUW, K. C. A. et al. **The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease.** *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 55, p. 1130–1143, 2002.

TSAKOS, G.; STEELE, J.G.; MARCENES, W.; WALLS, A.W.G.; SHEIHAM, A. **Clinical correlates of oral health-related quality of life: evidence from a national sample of British older people.** *Eur J Oral Sci*, v. 114, p. 391–395, 2006.

UCHOA, E. **Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 849-853, 2003.

VARGAS, A. M. D.; PAIXÃO, H. H. **Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 1015-1024, 2005.

WAGNILD, G. M.; YOUNG, H. M. **Development and psychometric evaluation of the resilience scale.** *J Nurs Meas*, v. 1, n. 2, p. 165-177. 1993.

WAGNILD, G. M. **The Resilience Scale: User's Guide.** 2009.

YUNES, M. A. M. **Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família.** *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, num. esp., p. 75-84, 2003.

ZAINAB, S. et al. **The prevalence of denture wearing and the impact on the oral health related quality of life among elderly in Kota Bharu, Kelantan.** *Archives of Orofacial Sciences*, v. 3, n. 1, p. 17-22, 2008.

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Modelo Teórico Conceitual	64
ANEXO B - Questionário Sociodemográfico	65
ANEXO C - Escala de Resiliência	72
ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	74
ANEXO E - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da FO-UFRGS	76

ANEXO A: Modelo Teórico Conceitual

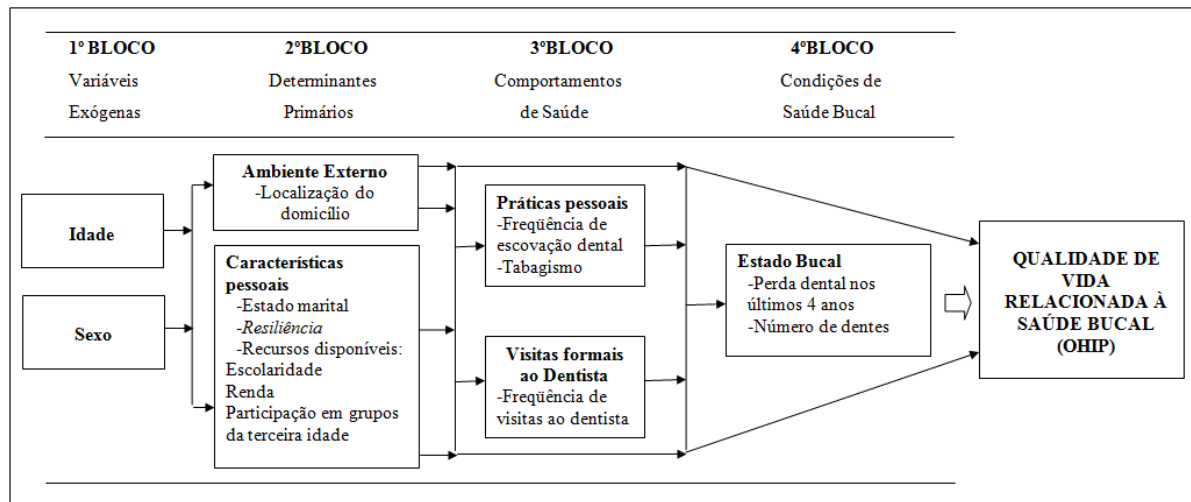


Figura 1. Modelo teórico conceitual

ANEXO B- Questionário Sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

(**ENTREVISTADOR**): Leia alto cada questão e cada resposta possível para os entrevistados - Circule a resposta indicada).

Nome: _____

End: _____

Tel: _____ Examinador: _____

Data: _____

SOBRE ASPECTOS GERAIS

1. Quando você nasceu? ___ ___/___ ___/19__ ___.

2. Qual seu sexo?

a) Masculino.

b) Feminino.

3. Qual sua raça? _____.

4. Qual seu estado civil?

a) Solteiro.

b) Casado.

c) Separado.

d) Viúvo.

e) Outro.

5. Você fuma cigarros atualmente?

a) Sim.

b) Não.

6. Você consome bebidas alcoólicas?

a) Nunca

b) Eventualmente

c) Regularmente

7. Até que ponto (série) você estudou? Anos de Estudo: _____

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

8. Qual a sua renda mensal (em reais)? _____ R\$.

Pensando na comunidade como uma escada de 10 degraus, onde os mais altos degraus são ocupados pelas pessoas com as melhores condições e os mais baixo pelas pessoas com piores condições, onde você estaria:



Menos educação

Menos dinheiro

Piores condições de vida

9. Você participa de algum grupo de terceira idade de sua comunidade, ou dos encontros de convivência de idosos de sua ou de outra comunidade?

- a) Sim b) Não

10. Com relação à moradia:

- a) Moro sozinho(a).
b) Moro com familiares.
c) Moro com companheiro(a), somente.

SOBRE A SAÚDE DA BOCA

11. Qual das afirmações abaixo melhor descreve a sua procura por cuidados odontológico, nos últimos quatro anos?

- a) Eu nunca vou ao dentista.
b) Eu vou ao dentista quando eu tenho um problema ou quando sei que preciso ter alguma coisa (dente ou prótese) arrumada.
c) Eu vou ao dentista ocasionalmente, tenha ou não algum tipo de problema.
d) Eu vou ao dentista regularmente.

12. Com que frequência você escova os dentes?

- a) Nunca.
b) Menos que uma vez por semana.
c) Uma vez por semana.
d) Uma vez a cada três ou quatro dias.
e) Uma vez por dia.
f) Duas vezes por dia.
g) Mais do que duas vezes por dia.

13. Você costuma sentir sua boca seca?

- a) Sim. b) Não.

14. O quanto satisfeito você está com a aparência dos seus dentes e/ou próteses dentárias?

- a) Muito satisfeito.
- b) Satisfeito.
- c) Insatisfeito.
- d) Muito insatisfeito.
- e) Não sei.

15. Comparando com outras pessoas de sua idade, como você avaliaria a saúde de sua boca e de seus dentes:

- a) Excelente.
- b) Muito boa.
- c) Boa.
- d) Razoável.
- e) Ruim.

16. Você teve algum dente extraído (arrancado) nos últimos quatro anos?

- a) Sim.
- b) Não.

17. Pensando na última consulta em que você teve dentes extraídos nos últimos anos, porque você acha que os dentes foram extraídos ao invés de mantê-los? (ENTREVISTADOR: registre a razão para o primeiro dente extraído na consulta.)

- a) Nenhum tratamento poderia ser feito para salvar o dente.
- b) Outros tratamentos teriam custado muito.
- c) Não valeria a pena o esforço e o tempo necessários para salvá-lo, mas não por causa do custo.
- d) Precisava fazer espaço para uma ponte móvel/dentadura.
- e) Outros tratamentos teriam sido muito dolorosos.
- f) Porque não tive muito sucesso com outros tratamentos no passado.
- g) Por que o dentista quis.
- h) Outra razão, especifique _____.
- i) Não se aplica.

SOBRE SAÚDE GERAL

18. Alguma vez o médico disse que você tem pressão alta?

- a) Sim. b) Não.

19. E diabetes, que alguns chamam de açúcar elevado no sangue?

- a) Sim. b) Não.

20. Problema do coração de qualquer tipo?

- a) Sim. b) Não. c) Não sei.

21. Doença renal que necessite de diálise?

- a) Sim. b) Não. c) Não sei.

22. Você tem osteoporose?

- a) Sim. b) Não. c) Não sei.

23. Quantos medicamentos você consome por dia? N^o _____

24. Comparando com outras pessoas de sua idade, como você avaliaria sua saúde geral? Você diria que a saúde como um todo é, no geral:

- a) Excelente.
- b) Muito boa.
- c) Boa.
- d) Razoável.
- e) Ruim.

	Questão	Nunca	Quase nunca	Ocasionalmente	Algumas vezes	Sempre
33	Você teve problema para pronunciar alguma palavra por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
34	Você sentiu que sua capacidade de sentir o gosto dos alimentos piorou por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
35	Você teve alguma dor em sua boca?	0	1	2	3	4
36	Você sentiu desconforto para comer alguma comida por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
37	Você se sentiu preocupado por causa de seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
38	Você se sentiu tenso por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
39	Sua alimentação foi insatisfatória por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
40	Você interrompeu suas refeições por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
41	Você sentiu dificuldades para relaxar por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
42	Você ficou envergonhado por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
43	Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4

44	Você sentiu dificuldade em realizar suas atividades habituais por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
45	Você sentiu, no geral, que a vida é menos satisfatória por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
46	Você esteve totalmente incapaz de realizar suas atividades por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4

ANEXO C - Escala de Resiliência

ESCALA DE RESILIÊNCIA*

Marque o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações:

	DISCORDO			NEM CONCORD O NEM DISCORDO	CONCORDO		
	Totalme	Muito	Pouc		Pouco	Muit	Totalme
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado.	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7

14. Eu sou disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
21. Minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	1	2	3	4	5	6	7
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.	1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS VOLUNTÁRIOS DA PESQUISA

I- O objetivo é avaliar o impacto da perda dental na qualidade de vida relacionada à saúde bucal; avaliar relação entre Edentulismo, Resiliência e Bem-Estar Psicológico, e a relação entre Depressão e Participação Social e Cárie Dentária em idosos independentes residentes na cidade de Carlos Barbosa, RS, utilizando questionários e exames clínicos.

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

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

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

Fui igualmente informado:

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

- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo;

Pesquisador Responsável por esse projeto é Dalva Maria Padilha, fone 51-99648321, tendo este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade de Odontologia da UFRGS em 17 / 04 / 2008.

Para qualquer esclarecimento ou dúvidas, antes e durante a pesquisa, entre em contato com os pesquisadores: Camila Mello dos Santos (51) 84534661, Aline Blaya (51) 93550933, Renato De Marchi (51) 91756396, Dalva Maria Padilha (51) 99648321, .

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

DATA:

ASSINATURA: _____.

R.G: _____.

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

ANEXO E- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da FO-UFRGS

Universidade Federal do Rio Grande do



Faculdade de Odontologia

AUTORES:

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aline Blaya Martins

Dalva Maria Pereira Padilha (Pesquisadora Titular)

RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa e a Comissão de Pesquisas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisaram o Projeto:

Número: 268/08**Título: AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE EDENTULISMO, RESILIÊNCIA E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO DE IDOSOS.****Investigador(es) principal(ais): Dalva Maria Pereira Padilha e CD. Aline Blaya Martins.**

O Projeto foi aprovado na reunião do dia 10/04/2008, Ata nº 03/08 do Comitê de Ética em Pesquisa e da Comissão de Pesquisas, da UFRGS, por estar adequado ética e metodologicamente de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 17 de abril de 2008.

Profª. Heloísa Emília Dias da Silveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisas

Profª. Deise Ponzoni
Coordenadora da Comissão de Pesquisas