

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

**RESILIÊNCIA E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL:
CONSIDERAÇÕES DE UMA ANÁLISE HIERÁRQUICA**

ALINE BLAYA MARTINS

Porto Alegre, Agosto de 2009.

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

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

**RESILIÊNCIA E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL:
CONSIDERAÇÕES DE UMA ANÁLISE HIERÁRQUICA**

ALINE BLAYA MARTINS

Orientadora: Profa. Dra. DALVA MARIA PEREIRA PADILHA

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.

Porto Alegre, Agosto de 2009.

Para ti, **Marcelo Santa Helena**, *mon petit prince*, que nos dois últimos anos suportou tudo em nome da tua rosa, dedico este título, minha alegria e todo o meu amor. Muito obrigada! *Je t'aime*.

E para **Luciana**, dedico a minha paz por chegar até aqui. Anjo, quando realizo os meus sonhos, sempre imagino como teria sido realizar os *nossos* sonhos.

“I go where true love goes!”

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos meus pais, **Marcelo** e **Ana Maria**, e aos meus irmãos, **Cristiano**, **Tiago**, **Marcelo** (*in memorian*) e **Luciana** (*in memorian*), só posso dizer que sem eles eu nada seria! Só nós sabemos o quanto o caminho foi duro, mas, encontramos forças uns nos outros, e colhemos flores em nosso jardim. Estamos juntos e os êxitos são de todos nós. Amores, obrigada!

Aos meus dindos, **José** (*in memorian*) e **Liane**, e aos meus primos **Patrícia**, **Carolina** e **Rodrigo**, agradeço por poder crescer ao lado de uma família tão linda. Vocês me ensinaram a ser mais uma pessoa melhor e mais forte. Ina e dinda, o incentivo de vocês é precioso.

À Tia **Vera**, obrigada pelas correções e pela força.

¡Gracias familia Blaya!

À Tia **Lupe**, muito mais do que a dentista da família, um grande exemplo!

Ao Vô **Zé**, o cara, uma pessoa indescritível, agradeço pelo amor que ele me deu!

A toda turma Martins, valeu!

À **Liese Ilha**, colega e amiga, agradeço por estar ao meu lado, por preparar comigo uma festa de casamento em meio a difíceis dias de mestrando e residência, por coletar dados, por cuidar da nossa Silk, enfim, por ser fundamental do início à conclusão deste mestrado.

À amiga, Dra. **Ana Paula Braun**, por acompanhar os meus sonhos por longa data e por acreditar que eles não poderiam ficar arquivados nas gavetas da minha casa em Taquara.

À **Daniele Lindemann** agradeço pela história linda que cruza os nossos caminhos.

À **Andréia Cassol**, amiga para todas as horas, sou grata por me ajudar na bibliografia.

À **Maria Clara de Paula Couto**, agradeço por ser um anjo no meu caminho! *Vielen Dank!*

Ao meu grupo de pesquisa: é um privilégio gigantesco fazer parte deste clã.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora **Dalva Padilha** que me acolheu, me incentivou e me deu a oportunidade ímpar de fazer parte de um grupo maravilhoso, minha total gratidão. Aos colegas **Renato de Marchi** e a **Camila M. dos Santos**, agradeço pela parceria nos meses de coleta de dados e pela paciência nos momentos difíceis. Aos gurus **Fernando Hugo** e **Juliana Hilgert** agradeço pelo aprendizado, pelo tempo e pelo incentivo constante. Vivi momentos memoráveis com todos vocês, mais do que tudo, obrigada pela amizade!

À **Prefeitura Municipal de Carlos Barbosa**, que durante a gestão 2004-2008 teve como representantes o **Exmo. Sr. Prefeito Irani Chies** e **Exma. Sra. Secretária de Assistência Social e Habitação Diana Furlanetto**, deixo aqui registrado o meu agradecimento, meu respeito e meu apreço. Muito obrigada! E à equipe da Secretaria de Assistência Social e Habitação, só posso dizer que este trabalho simplesmente não teria acontecido sem eles!

À Dona **Gema**, sempre tão querida, agradeço por ter continuado conosco até o fim.

À Dona **Amélia**, agradeço por me levar a lugares longínquos de Carlos Barbosa, por me contar tantas histórias, pelas risadas, pela amizade, pelo carinho! Uma pessoa fantástica!

À **Aline** e ao **meu pai**, muito obrigada por meses de esterilização de material!

Aos professores do PPGODO, especialmente à **Profa. Claides Abegg**, muito obrigada pelos ensinamentos! Ao **Prof. Fernando Hugo**, porque se houvesse a possibilidade de escolher um paraninfo para a nossa turma de mestrado, tenho uma certeza, seria ele!

Aos colegas de mestrado da Saúde Bucal Coletiva: Foi muito bom fazer parte desta turma, aprendi muito! **Patrícia Luz** e **Jessye Giordani**, obrigada, vocês são grandes companhias!

Ao meu mentor **Edson Mesquita**, professor, amigo e irmão, que acreditou, mais do que eu mesma, que *eu tinha* que ser pesquisadora, só posso dizer que tu estavas certo, e que tudo valeu a pena. À **Graziela Lopes** por ser sempre um porto seguro.

À minha família *made in Santa Maria*: **Liese, Marcelo Furlan, Rafael de Santa Helena e Celina Uggeri**, vocês são os melhores filhotes de coração que uma pessoa pode querer.

À minha família Maciel de Santa Helena: Queridos **Maria Virgínia, Marco Aurélio, Rafael e Bruno**, obrigada pelo carinho, incentivo, paciência e por suportarem a saudade!!!

Aos amigos: **Ana Paula e Felipe, Márcia e Dani, Cris Cris, Lú e Átila, Ana Carina e Alessandra**, me desculpem pelas ausências, vocês são muito importantes na minha vida! E para os pequenos, **Rafael e Júlia**, primeiros frutos da nova geração, meus desejos para que o futuro seja iluminado e repleto de bons e verdadeiros amigos como os meus.

Aos meus **colegas da UBS VII**, da **RIS**, do **CSEM** e da **ESP**, que tiveram que abdicar da minha presença em momentos duros de luta pela qualificação do nosso SUS, minhas palavras só podem ser de eterna gratidão e cumplicidade, a luta é árdua, mas, vale a pena!

Ao núcleo duro da odontologia: **Alessandra, Charles, Liese e Sheila**, que me ajudou a suportar muito mais do que eu imaginava ser capaz. Aos psicólogos que coloriram o meu caminho: **Paula, Thaiane, Rose e Manuel**. E aos amigos do R3, em especial a **Betina** e a **Carla**, que foram parceiros em um ano de muita dificuldade: Vocês foram as melhores companhias, da “cerveja” ao “Postulado da Coerência”, me ajudaram a chegar aqui.

À **Carla M. Peres**, amiga querida que cuidou de mim em momentos difíceis.

Ao **Rafael do Canto**, irmão de outra vida. E a **Sheila**, por suas lindas risadas.

Ao prof. **Alex Kalache**, “very FIRST CLASS person”, por ser “O” exemplo para todos os que sonham e que não se cansam de trabalhar por um mundo melhor.

Aos meus colegas professores e funcionários do Departamento de Odontologia Preventiva e Social, da FO-UFRGS, só posso dizer que adoro trabalhar com vocês e que apesar dos momentos de dificuldades, nunca fui tão feliz em um trabalho.

Aos meus alunos! Porque eles são o futuro, e a razão para eu querer sempre mais.

Finalmente, meu agradecimento aos idosos de Carlos Barbosa, que foram muito mais do que participantes desta pesquisa, foram atores principais de um processo que foi singular em minha vida, faltam palavras para eu contar o que os olhares, as palavras, e os sentimentos deixaram em mim. Muito obrigada! Muito obrigada por vocês serem tão pais-paciência com a pressa e com a pretensão da juventude.

*It's not time to make a change, just relax, take it easy
You're still young, that's your fault, there's so much you have to know
Find a girl, settle down, if you want you can marry
Look at me, I am old, but I'm happy*

*I was once like you are now and I know that it's not easy
To be calm when you've found something going on
But take your time, think a lot, why, think of everything you've got
For you will still be here tomorrow, but your dreams may not...*

*How can I try to explain? When I do, he turns away again
And it's always been the same, same old story
From the moment I could talk I was ordered to listen
Now there's a way, and I know that I have to go away
I know, I have to go...*

*It's not time to make a change, just sit down, and take it slowly
You're still young, that's your fault, there's so much you have to know
Find a girl, settle down, if you want you can marry
Look at me, I am old, but I'm happy*

*All the times that I cried, keeping all the things I Knew inside
It's hard, but it's harder to ignore it
If they were right, I'd agree, but it's them they Know not me
Now there's a way, and I know that I have to go away
I know, I have to go...*

“Father and Son”/ Cat Stevens

SUMÁRIO

RESUMO	9
ABSTRACT	10
APRESENTAÇÃO	11
INTRODUÇÃO	12
REVISÃO DA LITERATURA	15
Edentulismo e Auto-Percepção de Saúde Bucal	15
Resiliência.....	17
Modelo Teórico Conceitual.....	19
OBJETIVO	20
MANUSCRITO	21
CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	53
Anexo A (Questionário Sócio-Demográfico).....	54
Anexo B (Escala de Resiliência).....	61
Anexo C (Consentimento Livre e Esclarecido).....	63
Anexo D (Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da FO-UFRGS)	65

RESUMO

Atualmente, há uma escassez de estudos que avaliem desfechos positivos. A relação existente entre a autopercepção positiva de saúde bucal e processos de enfrentamento relacionados com a resiliência, por exemplo, parece ainda não ter sido investigada. O objetivo deste trabalho foi avaliar a autopercepção positiva de saúde bucal e sua associação com um conjunto de variáveis, entre elas a resiliência, através de um modelo teórico conceitual, em idosos vivendo na comunidade, na região Sul do Brasil. Foram avaliados 498 indivíduos, através de um estudo transversal aninhado em um estudo de coorte. Os participantes responderam a um questionário sócio-demográfico, a Escala de Resiliência e passaram por um breve exame aonde os pesquisadores realizaram a contagem do número de dentes. Baseado em uma análise hierárquica realizada através de regressão de Poisson com variância robusta, as razões de prevalência estimadas das variáveis que ficaram significativamente associadas com o desfecho em estudo, após a análise totalmente ajustada, foram: 1) alto potencial de resiliência: RP= 0,83, 95% IC (0,75-0,93), 2) localização geográfica do domicílio na área rural: RP= 1,18, 95% IC (1,06-1,32), 3) renda: RP= 1,18, 95% IC (1,07-1,3) e 4) não necessidade de mudanças de dieta: RP= 1,34, 95% IC (1,13-1,6). Portanto, os resultados confirmam a hipótese de associação entre elevado potencial de resiliência e autopercepção positiva de saúde bucal.

PALAVRAS CHAVE: Autopercepção de saúde bucal; Resiliência; Desfecho positivo.

ABSTRACT

Currently, there are a few studies that assess positive outcomes. The importance of coping strategies, lead by resilience, on positive perception of oral health has drawn little attention from oral health researchers. The objective of this study was to evaluate positive self-perceived oral health and its association with a set of variables, including resilience, using a theoretical framework, among independent-living older persons in Southern Brazil. We studied 498 persons in a cross-sectional study nested in a cohort study. The participants were evaluated using a structured questionnaire to assess socio-demographic data and resilience potential (Resilience Scale). Furthermore, a brief oral examination assessing the number of teeth was performed. A hierarchical analysis was carried out using Poisson regression with robust variance. A final, fully adjusted regression model showed that the following variables were associated with positive self-perceived oral health 1) elevated resilience potential: PR=0,83, 95% IC (0,75-0,93), 2) living in the rural area: PR=1,18, 95% IC (1,06-1,32), 3) income: PR=1,18, 95% IC (1,07-1,3), and 4) unchanged diet due to oral problems: RP= 1,34, 95% IC (1,13-1,6). Therefore, the results confirm the hypothesis of an association between elevated resilience potential and positive self-perceived oral health.

KEY WORDS: Perception of oral health; Resilience; Positive outcome.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Resiliência e Autopercepção de Saúde Bucal: Considerações de uma Análise Hierárquica”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 17 de agosto de 2009. A banca avaliadora desta dissertação foi composta pelos Professores (as) Doutores (as): Dalva Maria Pereira Padilha (Orientadora), Sílvia Helena Koller, Claídes Abegg e Alex Nogueira Haas.

A pesquisa que deu origem a esta dissertação possui delineamento transversal aninhado a um estudo de coorte. O estudo de coorte, que é o pilar desta pesquisa, tem como objetivo avaliar periodicamente uma série de determinantes de saúde de uma amostra da população de idosos que está vivendo na comunidade da cidade de Carlos Barbosa, Rio Grande do Sul/ Brasil. A amostra estudada foi avaliada nos anos de 2004 e 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 e, a autora deste estudo em particular, Aline Blaya Martins.

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.

INTRODUÇÃO

A população mundial vem envelhecendo, artigos científicos e meios de comunicação alertam para esse fato. Seguindo essa premissa, observamos as tendências de envelhecimento da população brasileira e a preocupação constante com a qualidade de vida e com a saúde (Ramos, 1987; Padilha *et al*, 1998; Camarano, 2002; Carneiro e Falcone, 2004; IBGE 2004; Schelp, 2007; Kalache, 2007, Rádio ONU, 2007).

As baixas taxas de fertilidade e a contínua queda da mortalidade têm provocado mudanças na estrutura da pirâmide etária brasileira e, adicionalmente, melhorias nas condições de saúde têm favorecido a longevidade populacional. No Brasil, houve um aumento significativo do contingente de idosos, de 4%, em 1940, para 9%, em 2000, de acordo com dados do Censo Demográfico Brasileiro do IBGE (2000). Além disso, as projeções indicam que em 2050 esse segmento populacional poderá chegar a 18% do total dos brasileiros (IBGE, 2004).

É importante ressaltar que não se vive somente mais anos, mas que também observamos um potencial de integração social prolongado, o que faz com que grande parte das pessoas que envelhecem possam continuar ativas e integradas à vida social e cultural dos países (WHO, 2002). Entretanto, a aceleração do envelhecimento populacional não foi acompanhada de planejamento adequado para a atenção aos idosos. Por essa razão, ainda observamos uma lacuna no que se refere ao cuidado para com as necessidades desse público (Berquó, 2004).

Dentre essas necessidades, é fundamental conhecer as condições de saúde bucal dos idosos para que programas e políticas de saúde possam ser estabelecidos e desenvolvidos (Colussi e de Freitas, 2002), pois, na ausência desses, a realidade que tem sido detectada é de um quadro de saúde bucal lamentável (Silva e Castellanos-Fernandes, 2001).

Podemos nitidamente observar essa realidade ao analisarmos os dados do último *Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira* (Projeto SB BRASIL 2003, in: BRASIL, 2004). Nele foi revelado que o índice CPO-D (referente ao número de dentes cariados, perdidos ou obturados) para o grupo etário de 65 a 74 anos foi de 27,93. Isso significa que cada pessoa desse grupo possuía apenas quatro dentes livres de cárie e/ou de suas conseqüências (obturação/extração - perda dentária). No caso dos idosos,

ressaltou-se uma maior participação do componente “perdido” (92,16%) na composição percentual do índice CPO-D. Quanto à necessidade do uso de prótese, 56,0% e 32,4% necessitavam de próteses inferiores e superiores, respectivamente, sendo que a prótese total foi a que apresentou maior necessidade de uso entre os procedimentos de reabilitação oral, indicando a alta prevalência de perda dentária (edentulismo total ou parcial).

A perda dentária pode causar alterações com muitas implicações; autores (Locker e Slade, 1993) estabeleceram uma relação entre os impactos de saúde bucal e a qualidade de vida. E, no referido trabalho, relataram que as condições bucais precárias têm impacto negativo na vida diária de grande parte da população idosa e podem estar intimamente relacionadas com fatores emocionais, como auto-estima, aceitação de si e com afetos proporcionados pelos relacionamentos interpessoais.

Mudanças físicas, psicológicas e de papéis sociais realmente costumam ocorrer no processo de envelhecimento e constituem desafios para o *self* e para a manutenção do bem-estar dos seres humanos (Paula-Couto, 2007). Dentre estes desafios enquadrados as limitações que advêm em decorrência do edentulismo.

A pesquisa na área do envelhecimento, na área da Geriatria e da Gerontologia, habitualmente, se detém nas “doenças” e nas perdas que ocorrem com a idade; no entanto, atualmente há uma tendência de que o foco dos estudos seja ampliado também para os recursos e potencialidades existentes nessa etapa do ciclo de vida (Paula-Couto *et al*, 2006).

Autores relatam que o conceito positivo de saúde foi criado há mais de 60 anos, mas que, em relação à saúde bucal, ainda é preciso aprofundar o conhecimento na área de indicadores positivos (Locker e Gibson, 2006). Reforçando esta perspectiva, outra pesquisa apresenta resultados que demonstram que a maioria dos instrumentos psicométricos usados para medir qualidade de vida associada com deficiências e incapacidades bucais na perspectiva de adultos idosos tem como foco as experiências negativas, e presta pouca atenção à possibilidade de respostas positivas frente à adversidade (Brondani e MacEntee, 2007).

Nesta perspectiva, a resiliência é conceituada como uma capacidade única de catalisar potencialidades para promoção de adaptação positiva frente às adversidades (Earvolino-Ramirez *et al*, 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 *et al*, 2004; Ryff *et al*, 1998).

Supomos que exista uma interferência da resiliência na manutenção do desenvolvimento saudável, segundo publicação recente, o processo envolvido na percepção de saúde bucal favorável, por parte das pessoas idosas, é descrito como um processo complexo e que exige dos mesmos resiliência (McKenzie-Green *et al*, 2009).

REVISÃO DA LITERATURA

Edentulismo e Auto-Percepção de Saúde Bucal

A compreensão da situação sistêmica, emocional, cognitiva, social e econômica dos idosos é importante para a formulação de planos de atenção à saúde adequados a sua realidade. No que tange à Saúde Bucal, o estado de conservação dos dentes e a prevalência de edentulismo (perda de todos os dentes) e de outras patologias de tecidos moles, tais como gengivite, periodontite ou câncer bucal são reflexos das condições de vida e do acesso às ações em serviços de saúde bucal, com forte componente social (BRASIL, 2006).

Em relação à influência que a saúde bucal exerce sobre a qualidade de vida, autores demonstraram através de evidências que, da mesma forma que a aparência e a capacidade de se alimentar com satisfação são influenciadas positivamente pela presença de dentes naturais, as condições bucais precárias têm impacto negativo na vida diária de grande parte da população idosa (Locker e Slade, 1993). As principais queixas relatadas pelos participantes deste estudo foram associadas a limitações funcionais, tais como: dificuldade de mastigação, fonação, respiração, aparência, retenção de alimentos nos dentes e próteses e desadaptação de próteses. Danos às funções cognitivas também podem estar relacionados com a perda dentária (Bergdahl *et al*, 2007).

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 (Shinkai e Cury, 2000).

A saúde bucal, nos idosos, freqüentemente é desconsiderada. Não tem sua importância reconhecida visto que a perda dental e as alterações de mucosas são tidas como um fenômeno normal e natural do envelhecimento (Silva e Santrain, 2006). A realidade que se observa no Brasil, infelizmente, segue essa lógica. Estudos de diferentes autores referem-se, da mesma forma que o último levantamento sobre saúde bucal realizado no Brasil, ao fato de que nossos idosos carregam a herança de um modelo assistencial centrado em práticas curativas e mutiladoras, apresentando alta prevalência de edentulismo e de

outras doenças bucais, bem como, necessidade do uso de próteses dentárias. (Moreira *et al*, 2005; Shinkai e Cury, 2000; Silva e Castellanos-Fernandes, 2001; BRASIL, 2004).

A respeito do impacto psicológico das doenças bucais em indivíduos e comunidades há pouco aporte teórico na história pregressa recente. No entanto, em 1981 já havia evidências de que pacientes, ao se tornarem edêntulos, poderiam iniciar processos depressivos, ansiedade e perda de auto-estima (Sheiham e Croog, 1981). Outros estudos (Elias e Sheiham, 1998; Elias e Sheiham, 1999; Allen e McMillan, 2003) demonstraram que, funcionalmente, a perda dentária pode ocasionar o comprometimento da mastigação, da fala e do sorriso. Pode, também, dependendo do número e da posição dos dentes faltantes, acarretar em danos subjetivos: sentimentos de vergonha, pavor, sensação de perda, constrangimento, incompletude e resignação (Vargas e Paixão, 2005; Silva e Castellanos-Fernandes, 2001). Da mesma forma que dentes bonitos são a base de uma boa aparência, não ter dentes pode ser um processo doloroso (MacEntee *et al*, 1997).

Por outro lado, achados sobre autopercepção incitam o aprofundamento de estudos a respeito de processos adaptativos, tais como a resiliência, visto que observamos surpreendentes prevalências de satisfação com as condições de saúde bucal, apesar da presença do edentulismo (Locker, 1997; Locker, 1998; Elias e Sheiham, 1998; Hugo *et al*, 2007). Autores (Elias e Sheiham, 1998) relataram que possíveis fatores culturais e estilo de vida influenciam nos níveis de Bem-Estar Psicológico, visto que a perda de dentes posteriores, por exemplo, pode ser considerada irrelevante por não impedir a mastigação e não afetar a comunicação e a estética, no que se refere às relações interpessoais. Uma visão otimista da perda dentária pode estar relacionada ainda à diminuição da dor decorrente de problemas dentários (Locker, 1997; Locker, 1998). A colocação de próteses totais também foi sugestivamente associada a uma melhor percepção da saúde bucal em edêntulos (Hugo *et al*, 2007).

Resiliência

Resiliência é um termo que vem originalmente da Física, e descreve a capacidade que os materiais têm de absorver energia e retomar a sua forma original, sem que tenham sofrido deformações plásticas (Pereira, 2001; Poletto e Koller, 2009). Na medicina, a resiliência é a capacidade que determinado indivíduo tem para resistir a uma dada doença (Pereira, 2001). E, na psicologia, embora ainda exista certa imprecisão (Poletto e Koller, 2009), a resiliência é entendida como uma capacidade relacionada com os processos de enfrentamento às adversidades (Pereira, 2001; Poletto e Koller, 2009). Trata-se de uma qualidade de resistência e perseverança do ser humano face às dificuldades da vida (Pereira, 2001).

A resiliência pode ser descrita como um fator relevante para que os idosos mantenham seu nível de bem-estar (Hardy *et al*, 2004). A resiliência pode ser particularmente relevante para explicar o envelhecimento bem sucedido e manutenção de qualidade de vida que é possível observar em alguns idosos que vêm suas vidas e saúde como satisfatórias, apesar das doenças e incapacidades que advêm do processo de envelhecimento (Lamond *et al*, 2008; Natuveli e Blane, 2008).

Indivíduos considerados resilientes, portanto, são aqueles que ao invés de evitarem o risco, demonstram boa adaptação frente a ele (Cowan *et al*, 1996). A resiliência é compreendida como um tipo de fenômeno que leva a bons resultados apesar das ameaças à adaptação e ao desenvolvimento individual (Masten, 2001). Dessa forma, a resiliência pode ser compreendida como a capacidade do indivíduo de se manter bem, recuperar-se e, até mesmo, ser bem sucedido frente às adversidades (Ryff, 1998).

Pode-se dizer ainda que a resiliência diz respeito a variações individuais em resposta ao risco. Assim, alguns indivíduos são afetados negativamente pelo estresse e adversidades enquanto outros conseguem lidar satisfatoriamente com esses fatores. Nesse mesmo sentido, podemos observar que podem existir variações temporais nos índices de resiliência pelas reações distintas que podem ocorrer ao longo da vida (Rutter, 1987).

Uma das grandes apostas para o próximo milênio será tornar as pessoas mais resilientes e preparadas, proporcionando certas invulnerabilidades que lhes permitam resistir a situações adversas. Estabelecendo um olhar sobre esse aspecto, é que se percebe a necessidade de estudar e identificar indicadores de risco e de proteção, pessoais e interpessoais (Pereira, 2001).

O estudo da resiliência ainda é bastante recente. A escala de resiliência foi desenvolvida por Wagnild e Young, 1993, e é um dos poucos instrumentos usados para medir níveis de adaptação psicossocial positiva frente a adversidades. Possui 25 itens descritos de forma positiva com resposta tipo *Likert* variando entre sete pontos que vão de: (1) discordo totalmente a concordo totalmente (7). Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência. O instrumento foi desenvolvido por meio de um estudo qualitativo com 24 mulheres adultas previamente selecionadas por adaptarem-se com sucesso à adversidade da vida. Cada uma delas foi solicitada a descrever como se organizavam diante de vivências negativas. De suas narrativas, cinco componentes foram identificados como fatores para resiliência: serenidade, perseverança, autoconfiança, sentido de vida e auto-suficiência. As colocações verbais das participantes foram validadas e esclarecidas mediante revisão bibliográfica do tema, concluindo-se que a escala de resiliência possui *a priori* validade de conteúdo, pois seus itens refletem a aceitação geral das definições de resiliência (Pesce, 2005).

No Brasil, a Escala de Resiliência foi adaptada recentemente, 2005, por Pesca e colaboradores. O estudo de adaptação transcultural do instrumento foi realizado com uma amostra de 997 alunos com idades entre 12 e 19. Os resultados do estudo de adaptação revelaram que quanto à equivalência conceitual e de itens, o instrumento original é pertinente para a cultura brasileira. O instrumento validado para o idioma português brasileiro também foi utilizado recentemente, com sucesso, em uma população de idosos (Paula-Couto, 2007).

Modelo hierárquico teórico conceitual

Necessidades relacionadas com saúde bucal são percebidas de distintas formas por pacientes e por dentistas, sendo que essa diferença se agrava quando os pacientes são mais velhos (Elias e Sheihan, 1998). A percepção da saúde bucal está ligada a aspectos físicos, subjetivos e sociais (Reis e Marcelo, 2006).

O modelo teórico conceitual de Andersen e Davidson, publicado em 1997, é esquema teórico e analítico do Estudo Internacional Colaborativo de Resultados de Saúde Bucal (ICS-II), que foi um estudo desenvolvido tendo como base achados preliminares da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) que mostraram que presença de mão-de-obra e acesso aos serviços não são os determinantes mais importantes para a manutenção das condições de saúde bucal. Tal esquema conceitual busca entender determinantes de saúde bucal dentro de uma perspectiva de “sistemas”, onde os indicadores de saúde bucal devem ser dispostos de forma hierárquica: variáveis exógenas, determinantes de saúde bucal, comportamentos de saúde bucal e desfechos de saúde bucal. Desta forma, o modelo conceitua comportamentos de saúde (práticas de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos) como variáveis dependentes intermediárias, que sofrem a influência de variáveis precedentes e que, a sua vez, também podem estar associados com desfechos de saúde percebidos pelos indivíduos.

Entender quais os aspectos relevantes para a formação das percepções de saúde bucal nos aproxima do entendimento dos comportamentos de saúde bucal e da qualidade de vida relacionada com a saúde bucal (Gift *et al*, 1998; Silva e Castellanos-Fernandes, 2001). Mesmo nos países que mantêm programas dirigidos a idosos, a principal razão para esse grupo não procurar o serviço odontológico é a não-percepção de sua necessidade (Kiyak, 1993).

OBJETIVO

Investigar se a variável autopercepção positiva de saúde bucal está associada com a resiliência, através da análise de um conjunto de variáveis dispostas em um modelo hierárquico, em idosos vivendo na comunidade, na cidade de Carlos Barbosa, RS, Brasil.

Resiliência e Autopercepção de saúde bucal: uma análise hierárquica.

Resilience and self-perceived oral health: an hierarchical approach.

A.B. Martins*, C.M. dos Santos*, R.J. Marchi*, J.B.Hilgert#, F.N.Hugo*, D.M.P.Padilha*

*Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. #Faculdade de Odontologia da Universidade Luterana do Brasil, Canoas, Brasil.

RESUMO

Atualmente, há uma escassez de estudos que avaliem desfechos positivos. A relação existente entre a autopercepção positiva de saúde bucal e processos de enfrentamento relacionados com a resiliência, por exemplo, parece ainda não ter sido investigada. O objetivo deste trabalho foi avaliar a autopercepção positiva de saúde bucal e sua associação com um conjunto de variáveis, entre elas a resiliência, através de um modelo teórico conceitual, em idosos vivendo na comunidade, na região Sul do Brasil. Foram estudados 498 indivíduos em um estudo transversal aninhado em um estudo de coorte. Os participantes responderam a um questionário sócio-demográfico, a Escala de Resiliência e passaram por um breve exame aonde os pesquisadores realizaram a contagem do número de dentes. Baseado em uma análise hierárquica realizada através de regressão de Poisson com variância robusta, as razões de prevalência estimadas das variáveis que ficaram significativamente associadas com o desfecho em estudo, após a análise totalmente ajustada, foram: 1) alto potencial de resiliência, 2) localização geográfica do domicílio na área rural do município, 3) renda, e 4) não necessidade de mudanças de dieta. Portanto, os resultados confirmam a hipótese de associação entre elevado potencial de resiliência e autopercepção positiva de saúde bucal.

PALAVRAS CHAVE: Autopercepção de saúde bucal; Resiliência; Desfecho positivo.

ABSTRACT

Currently, there are a few studies that assess positive outcomes. The importance of coping strategies, lead by resilience, on positive perception of oral health has drawn little attention from oral health researchers. The objective of this study was to evaluate positive

self-perceived oral health and its association with a set of variables, including resilience, using a theoretical framework, among independent-living older persons in Southern Brazil. We studied 498 persons in a cross-sectional study nested in a cohort study. The participants were evaluated using a structured questionnaire to assess socio-demographic data and resilience potential (Resilience Scale). Furthermore, a brief oral examination assessing the number of teeth was performed. A hierarchical analysis was carried out using Poisson regression with robust variance. A final, fully adjusted regression model showed that the following variables were associated with positive self-perceived oral health 1) elevated resilience potential; 2) living in the rural area, 3) income and 4) unchanged diet due to oral problems. Therefore, the results confirm the hypothesis of an association between elevated resilience potential and positive self-perceived oral health.

INTRODUÇÃO

Pesquisas na área do envelhecimento costumam avaliar desfechos relacionados com “doenças” e perdas que ocorrem com o aumento da idade; no entanto, atualmente há uma tendência de que o foco dos estudos venha a ser ampliado para os recursos e potencialidades existentes nessa etapa do ciclo de vida (Seligman e Csikszentmihalyi, 2000; Paula-Couto *et al*, 2006). Podemos observar inclusive que esta tendência vem sendo acompanhada pelas políticas formuladas pela Organização Mundial de Saúde, que buscam promover o envelhecimento ativo (WHO, 2002) e que criam dispositivos que classifiquem as funcionalidades e a saúde em detrimento do foco exclusivo nas limitações e incapacidades (WHO, 2001).

Dentre as potencialidades que podem auxiliar no processo de envelhecimento ativo e saudável, está o potencial de resiliência. A resiliência é conceituada como um processo dinâmico, que envolve fatores sociais e intrapsíquicos, capaz de proporcionar o desenvolvimento saudável dos indivíduos mesmo frente a adversidades (Assis *et al*, 2006; Laranjeira, 2007). Dessa forma, a resiliência pode vir a ser um fator potencial para que os idosos possam restabelecer e manter desfechos positivos, que venham a ser tão bons ou até melhores do que se não tivessem sido submetidos a situações de vulnerabilidade (Hardy *et al*, 2004).

Há pouco aporte teórico na história pregressa recente a respeito do impacto das doenças bucais enquanto promotoras de vulnerabilidades para indivíduos e comunidades.

No entanto, em 1981 já havia evidências de que pacientes, ao se tornarem edêntulos, poderiam iniciar processos depressivos, ansiedade e perda de auto-estima (Sheiham e Croog, 1981). Estudos mais recentes (Elias e Sheiham, 1998; Elias e Sheiham, 1999; Allen e McMillan; 2003) demonstraram que, funcionalmente, a perda dentária pode ocasionar o comprometimento da mastigação, da fala e do sorriso, da mesma forma que, dependendo do número e da posição dos dentes faltantes, pode acarretar em danos subjetivos: sentimentos de vergonha, pavor, sensação de perda, constrangimento, incompletude e resignação (Vargas e Paixão, 2005; Silva *et al*, 2007). É preciso considerar que tanto dentes bonitos são à base de uma boa aparência, quanto não ter dentes pode ser um processo doloroso (MacEntee *et al*, 1997).

No entanto, os achados sobre autopercepção incitam o aprofundamento de estudos a respeito de processos adaptativos, tais como a resiliência, visto que observamos surpreendentes prevalências de satisfação com as condições de saúde bucal, apesar da perda de todos os elementos dentários (Locker, 1997; Locker, 1998; Elias e Sheiham, 1998; Hugo *et al*, 2007). Autores relataram que possíveis fatores culturais e estilo de vida influenciam nos níveis de Bem-Estar Psicológico, visto que a perda de dentes posteriores, por exemplo, pode ser considerada irrelevante por não impedir a mastigação e não afetar a comunicação e a estética, no que se refere às relações interpessoais (Elias e Sheiham, 1998). Uma visão otimista da perda dentária pode estar relacionada ainda à diminuição da dor decorrente de problemas dentários (Locker, 1997; Locker, 1998). A colocação de próteses totais também foi sugestivamente associada a uma melhor percepção da saúde bucal em edêntulos (Hugo *et al*, 2007).

Supomos que os resultados de tais estudos possam estar relacionados com a interferência da resiliência na manutenção de uma autopercepção de saúde bucal favorável por parte dos idosos, mesmo frente às possíveis vulnerabilidades causadas pela perda dentária. Nossa hipótese é de que um elevado potencial de resiliência possa estar associado com autopercepções positivas de saúde bucal, mesmo quando outros fatores são considerados. Deste modo, a proposta deste estudo foi avaliar a autopercepção positiva de saúde bucal e sua associação com um conjunto de variáveis, entre elas a resiliência, através de um modelo hierárquico, em idosos vivendo na comunidade, na cidade de Carlos Barbosa, RS, Brasil.

MATERIAIS E MÉTODO

População e Amostra

Esta pesquisa fez parte de um estudo longitudinal que acompanhou idosos na cidade de Carlos Barbosa, entre os anos de 2004 e 2008 (Hugo *et al*, 2009). Carlos Barbosa é uma cidade localizada no estado do Rio Grande do Sul, na região sul do Brasil. A cidade está localizada a 104 km ao norte de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, a população é composta na sua maioria por caucasianos. A cidade possuía 20519 habitantes no ano 2000, e, dentre estes, aproximadamente 2167 tinham 60 anos ou mais.

Foram utilizadas informações sociodemográficas, contagem do número de dentes e avaliação do potencial de resiliência, todas estas variáveis são referentes à coleta de dados realizada em 2008. Constituindo-se, por tanto, um delineamento transversal aninhado a um estudo de coorte.

Na linha de base, uma amostra aleatória de 872 pessoas foi avaliada durante o segundo semestre de 2004. Em 2008, no estudo transversal que fez parte da etapa de acompanhamento, uma amostra consecutiva dos participantes foi avaliada até chegarmos ao total de 498 pessoas, número equivalente ao cálculo amostral descrito a seguir. A partir de um estudo piloto composto por 50 indivíduos que apresentaram prevalência de 0.67 de baixo potencial de resiliência e boa autopercepção de saúde bucal, e 0.75 de prevalência de alto potencial de resiliência e boa percepção de saúde bucal, foi considerado um intervalo de confiança de 95%, admitindo-se um erro β de 20% e consecutivo poder estatístico de 80%. Dois participantes desistiram de participar da pesquisa durante a coleta de dados, sendo o total de participantes com dados válidos de 496.

Os critérios de eleição para a participação no segmento transversal desta pesquisa, realizado em 2008, foram: ter 60 anos ou mais, estar vivendo na comunidade de forma independente, e ter participado do estudo de linha de base desenvolvido em 2004.

O estudo foi desenvolvido após apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, conforme Resolução N° 196/96 do CNS (Brasil, 1999), que prevê a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

Medidas

A coleta de dados compreendeu entrevistas individuais realizada pelos pesquisadores nas casas dos idosos, em ambientes com privacidade em clubes de terceira idade e/ou em consultórios odontológicos cedidos pela prefeitura municipal de Carlos Barbosa. Antes do início das entrevistas, os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e foram convidados a participar e assinar o termo de consentimento informado.

Exame Bucal

A contagem do número dos dentes naturais foi realizada por dois pesquisadores que são cirurgiões-dentistas e que foram previamente calibrados, os exames foram conduzidos de acordo com critérios indicados pela OMS (1999). O número de dentes foi categorizado levando em consideração o arco dental reduzido, formado por pelo menos 20 dentes, que foi caracterizado como aceitável do ponto de vista funcional (Agerberg e Carlsson, 1981).

Dados sociodemográficos, comportamentais e condições de saúde referidas

Um questionário padronizado foi aplicado para coleta de informações sócio-demográficas e comportamentais: Idade, sexo, localização geográfica do domicílio, estado marital, escolaridade, renda mensal, participação em grupos de terceira idade, frequência de escovação dental, tabagismo, mudança de dieta por problemas na boca, frequência de visitas ao dentista, perda dental nos últimos quatro anos.

Para fins de análise, as variáveis foram categorizadas da seguinte forma: A idade foi categorizada através da distribuição em quartís. A renda mensal foi dicotomizada levando em consideração o salário mínimo brasileiro: 1) até um salário mínimo ou 2) mais de um salário mínimo (i.e., “=>R\$415,00” ou “>R\$415,00”, tal valor equivale a 219,50 dólares americanos, durante o período da coleta. O estado marital foi categorizado como: 1) casado, 2) solteiro/divorciado ou 3) viúvo. Escolaridade foi categorizada em: 1) até 3 anos de estudos ou 2) =>4 quatro anos de estudo. A frequência de escovação foi uma condição autoreferida, onde os participantes foram convidados a responder a questão “Com que frequência você escova os dentes?” (Peek *et al*, 1999). As respostas poderiam abranger uma gama de possibilidades que ia de “nunca” a “mais de duas vezes ao dia”, estas foram categorizadas em: 1) “uma vez ao dia ou menos”, 2) “duas vezes ao dia” ou 3) “mais de duas vezes ao dia”. O hábito tabágico foi categorizado em: 1) “nunca fui/ex-fumante” e 2) “fumante”. A frequência de cuidados odontológicos foi categorizada em: 1) “Nunca vou ao

dentista”, 2) “Vou quando estou com algum problema” ou 3) “vou ocasionalmente/regularmente”. As possíveis extrações durante os últimos quatro anos foram avaliadas através de condição referida. A mudança de dieta decorrente de problemas bucais foi avaliada através da pergunta “Você interrompeu suas refeições por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?”, sendo que as respostas foram dicotomizadas em: 1) “Ocasionalmente, algumas vezes, sempre” ou 2) “Nunca, quase nunca” (Slade e Spencer, 1994).

Autopercepção de Saúde Bucal

A percepção de saúde depende do julgamento e dos valores de cada indivíduo (Andersen e Davidson, 2007). Embora a autopercepção de saúde bucal possa ser avaliada de diferentes formas, é sabido que indicadores de um único item são uma maneira econômica de sumarizar o status de saúde bucal de cada indivíduo, sendo uma medida válida para a avaliação de desfechos relacionados a saúde bucal (Dolan *et al*, 1998).

A autopercepção de saúde bucal, variável desfecho neste estudo, foi avaliada através da pergunta: “Comparando com outras pessoas de sua idade, como você avaliaria no geral sua boca e seus dentes? Você diria que a saúde de sua boca e de seus dentes é: (1) Excelente, (2) Muito boa, (3) Boa, (4) Razoável, ou (5) Ruim” A aferição da autopercepção de saúde bucal através desta questão foi proposta por Peek *et al*, em 1999. As respostas foram posteriormente dicotomizadas como ”boa“ ou ”ruim“, sendo consideradas boas as respostas ”excelente“, “muito boa“ ou ”boa“ e ruins as respostas ”razoável“ ou ”ruim“.

Escala de Resiliência

A escala de resiliência (ER) foi desenvolvida por Wagnild & Young em 1993, e foi validada para o idioma Português Brasileiro por Pesce e colaboradores em 2005. Ainda hoje é um dos poucos instrumentos usados para medir níveis de adaptação psicossocial positiva frente a eventos “estressores”. 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), tendo como ponto central, “nem concordo, nem discordo” (4). Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevado potencial de resiliência.

O instrumento ER propõe-se a avaliar o potencial individual de resiliência, considerando as características positivas da personalidade que acentuam a capacidade de adaptação individual, sendo que a mesma foi desenvolvida na premissa de avaliar

capacidades e potencialidade dos indivíduos (Wagnild e Young, 1993), ou seja, indicadores positivos.

Neste estudo, o potencial de resiliência foi avaliado após a divisão dos valores referentes aos escores totais da ER em tertis. Sendo que, considerou-se baixo potencial de resiliência, aqueles escores que estavam no primeiro tercil, já o potencial moderado de resiliência foi definido através de escores que se encontravam no segundo tercil, e, por fim, o alto potencial de resiliência foi definido pelos valores que se encontravam dentro do terceiro tercil, para a amostra estudada.

Modelo Teórico Conceitual

A análise dos dados se deu através do modelo teórico conceitual aplicado à investigação de fatores relacionados com autopercepção positiva de saúde bucal (Fig.1). A análise hierárquica utilizada neste estudo tem como base o Modelo Comportamental proposto por Andersen e Davidson (1997). Tal modelo é um esquema teórico e analítico do Estudo Internacional Colaborativo de Resultados de Saúde Bucais (ICS-II), proposto como uma releitura de um estudo precedente realizado pela OMS, e desenvolvido no afã de entender determinantes de saúde bucal através de uma perspectiva "de sistemas". O modelo é composto por variáveis distribuídas em quatro níveis, sendo estes: variáveis exógenas, determinantes primários e comportamentos de saúde e condições de saúde bucal. Propusemos a inclusão das "condições atuais de saúde bucal", no nosso estudo, como nível proximal ao desfecho na análise hierárquica, visto que buscamos evitar a interferência de tais variáveis enquanto possíveis confundidores na avaliação da autopercepção de saúde bucal.

O modelo comportamental estendido conceitua variáveis exógenas (idade e sexo) como variáveis distais, estando, portanto, localizadas no primeiro nível de análise. Como variáveis intermediárias, no segundo nível, temos os determinantes primários, representados por: Ambiente externo e características pessoais. O ambiente externo caracteriza-se pela localização geográfica do domicílio onde o idoso vive. Já as características pessoais, neste estudo, foram descritas por: 1) estado marital, 2) potencial de resiliência e 3) recursos disponíveis, ou seja, escolaridade, renda e participação em grupos de terceira idade. As variáveis intermediárias, do terceiro nível de análise, são os comportamentos de saúde: 1) práticas pessoais, entre elas frequência de escovação, mudança na dieta e tabagismo e 2) frequência de visitas ao dentista. E, como já citamos

anteriormente, no nível proximal, ou seja, no quarto nível, observamos as variáveis de condições atuais de saúde bucal, das quais fazem parte a perda dental nos últimos quatro anos e o número de dentes.

Como se pode observar, de acordo com este modelo, a autopercepção de saúde bucal é o resultado de um processo complexo. O esquema é apresentado com foco sobre os efeitos da resiliência, uma das principais variáveis intermediárias usadas neste estudo, na avaliação sistemática das diferenças nos múltiplos fatores que podem influenciar na percepção positiva de saúde bucal.

Análise Estatística

Testes de qui-quadrado foram executados para avaliação da distribuição das variáveis dicotômicas e categóricas, em relação ao desfecho em estudo. A reprodutibilidade, entre e intra-examinadores, no início e durante o estudo da contagem do número de dentes foi realizada através do cálculo do Coeficiente Kappa de Cohen. A confiabilidade da Escala de Resiliência foi testada pelas médias do Coeficiente Alpha de Crombach.

Todas as análises foram executadas usando o SPSS 16.0 software para análises estatísticas (SPSS Inc., USA). As razões de prevalência foram obtidas pela regressão de Poisson com estimação de variância robusta. As análises de associações foram feitas isoladamente em cada nível e posteriormente foram ajustadas aos níveis hierarquicamente precedentes. Foram incluídos no modelo final de análise hierárquica somente aqueles fatores que na análise retrógrada mantiveram-se com valores estatisticamente significativos ($p < 0,10$), mesmo quando ajustados às outras variáveis que compunham cada um dos níveis e aquelas que compunham os níveis antecessores. As magnitudes das associações entre a variável dependente e as variáveis independentes, no modelo totalmente ajustado foram estimadas pelas razões de prevalências, com nível de significância de 5% e respectivos intervalos de confiança de 95%.

Como é apresentado na Figura 1, e já previamente descrito, este modelo parte da hipótese de que há um sistema de relações hierárquicas entre os quatro níveis de variáveis, que permitem observar as inter-relações existentes com a variável dependente e a existência de possíveis trajetórias que possam sugerir o fator confundimento entre as variáveis.

RESULTADOS

As características da amostra estudada foram as seguintes: A média de idade da amostra foi de 70,65 (± 6.59), trezentos e trinta e dois participantes (66.7%) eram mulheres, duzentos e vinte e cinco pessoas (46%) cursaram menos de quatro anos de estudos, mais da metade da amostra (51,6%) recebia até um salário mínimo como fonte de renda, e, quanto à resiliência, 171 participantes (33,4%) possuíam alto potencial de resiliência, sendo 141,06 ($\pm 13,30$) o valor médio de escore de resiliência.

O Coeficiente de Kappa de reprodutibilidade intra e interexaminadores da avaliação do número de dentes antes e durante o estudo foi de 0,98 e 0,97. O Coeficiente Alpha de Cronbach calculado para a avaliação de fidedignidade da ER foi de 0.78.

As frequências das variáveis do estudo em relação ao desfecho de percepção positiva de saúde bucal são mostradas na tabela 2. Localização do domicílio, resiliência, renda e mudança na dieta foram as variáveis que apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$), quando avaliadas em relação ao desfecho.

Resultados da análise hierárquica:

1º Nível (Tabela 2) - Não houve a associação entre a variável desfecho e as demais variáveis que compõem este nível.

2º Nível (Tabela 3) – Foi possível observar uma associação negativa estatisticamente significativa entre boa autopercepção de saúde bucal e a variável correspondente a localização do domicílio na zona rural do município. A variável renda manteve os níveis de significância em todas as etapas de ajustes. O alto potencial de resiliência, correspondente ao 3º tercil, mostrou uma tendência de aumento na força de associação com a variável desfecho quando a análise estatística foi ajustada dentro do nível e em relação aos níveis anteriores. Estas três variáveis foram incluídas no modelo final totalmente ajustado.

3º Nível (Tabela 4) - A frequência de escovação apresentou uma trajetória “atípica” após sofrer ajustes, passando de associação ($p = 0,1$), para uma associação levemente mais forte quando ajustada dentro do nível ($p = 0,07$), até uma leve queda na associação quando ajustada aos outros níveis ($p = 0,11$). Tal fato justificou a exclusão desta variável do modelo totalmente ajustado. A variável mudança da dieta foi significativa em todos os ajustes e foi mantida no modelo final. A variável visita ao dentista na presença de problemas bucais também apresentou alterações nos níveis de associação, mas, manteve-se significativa ($p = 0,08$), sendo, portanto, incluída no modelo totalmente ajustado.

4º Nível (Tabela 5) - As variáveis deste nível, perda dentária e número de dentes, não apresentaram associação significativa. No entanto, a variável número de dentes quando

considerada a presença do arco funcional (20 dentes ou mais), apresentou associação positiva quando foi calculada a razão de prevalência ajustada dentro do nível, mas, veio a perder a significância quando ajustada aos níveis precedentes.

No modelo totalmente ajustado (Tabela 6), encontramos uma associação negativa entre viver em um domicílio localizado na área rural do município e uma percepção boa de saúde bucal. As variáveis alto potencial de resiliência (3ºtertil), renda mais elevada e ausência de mudança na dieta por problemas bucais foram fatores promotores de uma boa percepção de saúde bucal, visto que se mantiveram significativamente associadas com o desfecho em estudo. A variável visita ao dentista associada a problemas dentários, por sua vez, deixou de ser significativa.

Foi possível observar uma razão de prevalência (RP) de 1,18 entre as variáveis “alto potencial de resiliência” e “autopercepção positiva de saúde bucal”, estando o IC de 95% compreendido entre os valores 1,06-1,32. Portanto, na presença de um nível elevado de resiliência, na amostra estudada, foi possível observar 18% mais chance de uma boa percepção de saúde bucal, independente das outras associações que foram encontradas através da análise do modelo hierárquico proposto.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo transversal sugerem que a percepção positiva sofre a influência de diversas variáveis que integram o modelo hierárquico proposto. Nossos achados, portanto, sustentam o uso da avaliação sistemática. Confirmamos a nossa hipótese de que um elevado potencial de resiliência pode conduzir a uma autopercepção positiva de saúde bucal, mesmo quando outras variáveis são avaliadas, o que nos leva a especular que a resiliência realmente pode vir a ter um papel potencializador na adaptação positiva frente à perda dentária. Além disso, a análise hierárquica permitiu identificar outros fatores associados com a autopercepção positiva, cujos efeitos são independentes de fatores exógenos importantes tais como idade e sexo. A localização geográfica da moradia, por exemplo, exerce um efeito independente das outras variáveis. Foi possível observar que morar na zona rural está associado a uma menor prevalência de autopercepção positiva de saúde bucal. E em oposição, observamos que uma renda maior pode aumentar a prevalência de uma autopercepção favorável de saúde bucal. Uma associação positiva com a autopercepção favorável de saúde bucal também pode ser observada, independente de

possíveis confundidores, quando os idosos relataram que não tiveram a necessidade de mudar hábitos alimentares (interromper as refeições) em decorrência de problemas com dentes, boca ou dentadura.

Evidências demonstram que a autopercepção de saúde bucal está relacionada com fatores que vão além dos aspectos clínicos (Reis e Marcelo, 2006; Mesas *et al*, 2008), podendo estar associada com aspectos como classe social e renda, entre outros (Reisine ST e Bailit HL, 1980; Silva e Castellanos-Fernandes, 2001). Tais achados vêm ao encontro da associação independente encontrada em nosso estudo, quando consideramos valores mais altos de renda mensal e o indicador positivo de percepção de saúde bucal. Por outro lado, também chegamos a um consenso com relatos de autores que referem não haver relação entre o nível sócio econômico e resiliência (Grotberg, 2003), pois, em nosso estudo, embora ambos tenham tido associação com a autopercepção positiva de saúde bucal, observamos que esta relação se dá de forma independente, ou seja, não possível observar efeitos de confundimento, nem de interação com a variável resiliência.

Em relação à associação negativa que encontramos entre estar vivendo em um domicílio na área rural do município e uma autopercepção boa de saúde bucal, acreditamos que tal fato possa vir a ser explicado por achados que relatam que a percepção de saúde bucal possui relação com o meio social em que a pessoa vive (Silva e Castellanos-Fernandes, 2001). Segundo a Política de Saúde Bucal da Área Rural (2006), do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil, as populações rurais têm sido excluídas do acesso aos serviços e a água fluoretada, ficando a margem dos planejamentos e da assistência odontológica. Desta forma, acreditamos que percepções negativas de saúde bucal possam estar associadas com a histórico de abandono e negligência. Talvez não seja possível ter uma visão otimista da saúde bucal devido ao acúmulo de adversidades vividas pelas populações idosas que moram em zonas rurais, visto que, limitações impostas pelo processo de envelhecimento podem estar associadas com dificuldade de acesso aos cuidados odontológicos, impossibilidade de repor adequadamente os dentes perdidos e de manejar possíveis sintomatologias dolorosas. Estudos referem que a percepção favorável da perda dentária estaria relacionada com a diminuição da dor decorrente de problemas dentários (Locker, 1997; Locker, 1998).

Apesar do conceito positivo de saúde não ser uma novidade (Locker e Gibson, 2006), acreditamos que este estudo venha a ser um dos primeiros que busca evidências da associação entre processos de adaptação (resiliência) frente adversidades (população com

alta prevalência de perda dentária) e um desfecho positivo em relação à saúde bucal (boa autopercepção). No entanto, imaginamos que a associação que encontramos possa ser racionalmente explicada quando consideramos estudos que descrevem indivíduos considerados resilientes como aqueles que, ao invés de evitarem o risco, demonstram boa adaptação frente a ele (Cowan *et al*, 1996). Ou seja, supomos que a resiliência possa funcionar como um mecanismo protetor para os indivíduos quando consideramos os possíveis impactos deletérios que advém da perda dentária. Achados descrevem que os mecanismos protetores reduzem o impacto sobre o risco através de: alteração do significado do perigo, alteração da exposição ou do envolvimento do indivíduo com o risco, redução das reações negativas decorrentes da exposição ao risco, manutenção de auto-estima e auto-eficácia e criação de oportunidades para reversão dos efeitos do estresse (Rutter, 1987).

Condutas resilientes, que potencializam as capacidades adaptativas frente a adversidades, pressupõem processo, ou seja, presença e interação dinâmica de diversos fatores (Grotberg, 2003). Da mesma forma que o processo envolvido na percepção de saúde bucal favorável, por parte das pessoas idosas, também é descrito como um processo complexo e que exige dos mesmos resiliência e determinação (Mckenzie-Green *et al*, 2009). Tais descrições reforçam os nossos achados, tanto pela associação final da resiliência no modelo totalmente ajustado com o desfecho em estudo, quanto pelas razões de prevalência sucessivamente mais altas quando a variável resiliência 3º tertil, ou seja, alto potencial de resiliência, foi ajustada às demais variáveis, incorporadas na análise do modelo hierárquico, dentro do nível e em relação aos níveis precedentes. Portanto, julgamos que nossos achados reforçam a descrição feita em recente revisão de literatura que refere que a resiliência é um fator fundamental para a manutenção da qualidade de vida (Natuveli e Blane, 2008). Tal estudo cita evidências que referem que a resiliência seria capaz de explicar o paradoxo existente entre as limitações que as populações idosas enfrentam e os bons níveis de bem estar que costumam manter.

A análise através de modelo hierárquico permite que as associações entre variáveis de desfecho e variáveis preditoras sejam avaliadas através de relações diretas ou através de mediações entre variáveis (Victora, 1997). O que conseguimos observar no nosso estudo, curiosamente, foi à ocorrência de associações independentes com autopercepção positiva de saúde bucal apenas em variáveis distribuídas em níveis intermediários, ou seja, entre os determinantes primários e os comportamentos de saúde bucal. Tal evidência nos permite

inferir que, possivelmente, tais indicadores sejam mais relevantes para a percepção de saúde bucal positiva do que as condições de saúde bucal propriamente ditas.

As trajetórias de associação observadas neste estudo entre a autopercepção positiva de saúde bucal e as variáveis: visita ao dentista, em sua categoria “quando tenho problemas” e número de dentes, em sua categoria “20 de dentes ou mais” sugerem a presença de possíveis confundidores, visto que, houve inicialmente associações estatisticamente significativas com ambas variáveis, sendo que, ao final as variáveis vieram a perder a significância das associações. Supomos que tal confundimento possa advir da não necessidade de mudança na mastigação, visto que esta variável, por sua vez, manteve-se associada com o indicador positivo de percepção de saúde bucal, em todos os níveis da análise hierárquica. Evidências mostram que, muitas vezes, a colocação de próteses totais e o preenchimento de falhas criadas pelas perdas dentárias são capazes de melhorar a capacidade de mastigação e, consecutivamente, proporcionar uma melhor à percepção de saúde bucal (Elias e Sheiham, 1998; Hugo *et al*, 2007).

É importante salientar que os resultados deste estudo são limitados e que generalizações podem ser afetadas por características da amostra, afinal, esta foi composta por participantes que possuem características bastante homogêneas, e.g., era composta, em sua maioria, por indivíduos caucasianos. Além deste aspecto, outra limitação é considerarmos a transitoriedade das nossas duas principais variáveis de análise. Tanto a percepção de saúde bucal, quando o potencial de resiliência, são indicadores subjetivos construídos dentro de processos extremamente dinâmicos. O construto para a avaliação do potencial de resiliência também pode representar uma limitação, visto que este não prevê questões para abordar aspectos relacionados com não resiliência ou baixo potencial de resiliência (Wagnild e Young, 1993; Pesce *et al*, 2005). Por último, podemos ressaltar que o caráter transversal e o pioneirismo deste estudo incitam mais estudos na área para que os resultados possam sofrer extrapolações.

Dessa forma, nossos achados sugerem que elevados potenciais de resiliência foram capazes de aumentar a prevalência de um desfecho positivo, aqui representado pela percepção positiva de saúde bucal, em uma amostra de idoso independentes da cidade de Carlos Barbosa, na região sul do Brasil. Tais achados poderão adicionar novos conhecimentos para investigações a respeito da relação existente entre os processos adaptativos e os desfechos positivos de saúde bucal em idosos, bem como, nas investigações sobre análises hierárquicas que abordam múltiplas variáveis em relação a

autopercepção positiva de saúde bucal. Investigações futuras deverão ser feitas para avaliar possíveis mudanças na autopercepção de saúde bucal, a partir de mudanças no potencial de resiliência, através de estudos longitudinais. Pensando nos nossos achados, acreditamos que os estudos com populações mais heterogêneas e com faixas etárias de adultos em idade jovem e média, também possam vir a ser uma direção a ser apontada para novas investigações, afinal, é sabido que, no Brasil, a prevalência de edentulismo nestas faixas etárias também é elevada e que esta fase da vida costuma envolver eventos estressores bastante distintos daqueles que habitualmente acometem as pessoas em idades mais avançadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andersen RM, Davidson PL. (1997). Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Adv Dent Res* 11 (2): 203-209.
- Agerberg G, Carlsson GE. (1981). Chewing ability in relation to dental and general health. Analyses of data obtained from a questionnaire. *Acta Odontol Scand* 39:147-53.
- Allen PF, McMillan AS (2003). A longitudinal study of quality of life outcomes in older adults requesting implant prostheses and complete removable dentures. *Clin Oral Implants Res* 14:173-179.
- Assis SG, Pesce, RP, Avanci, JQ. (2006). Resiliência enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre; Artmed.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (1999). Resolução 196/96 – Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília.
- Cowan PA, Cowan CP, Schulz MS. (1996). Thinking about risk and resilience in families. In: Hetherington EM, Blechman, EA. Stress, coping, and resilience in children and families. New Jersey: Lawrence Erlbaum, pp. 01-38.
- Dolan TA, Peek CW, Stuck AE, Beck JC. (1998). Three-year changes in global oral health rating by elderly dentate adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 26: 62-69.
- Elias AC, Sheiham A. (1998). The relationship between satisfaction with mouth and number and position of teeth. *J Oral Rehab* 25: 649-661.
- Elias AC, Sheiham A. (1999). The relationship between satisfaction with mouth and number and position of teeth: Studies in Brazilian adults. *J Oral Rehab* 26: 53-71.
- Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Departamento de Ações em Saúde. Seção de Saúde Bucal. (2006). Política de Saúde Bucal na Área Rural. Porto Alegre.
- Laranjeira CASJ. (2007). Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: Revisão de literatura. *Psic: Teor e Pesq* 23:327-332.

- Locker D. (1997) Clinical correlates of changes in self-perceived oral health in older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 25: 199-203.
- Locker D. (1998). Issues in measuring change in self-perceived oral health status. *Community Dent Oral Epidemiol* 26:41-47.
- Locker D, Gibson B. (2006). The concept of positive health: a review and commentary on this application in oral health research. *Community Dent Oral Epidemiol* 34: 161-73.
- Grotberg EH. (2003). Nuevas tendencias en resiliencia. In: Mellio, Aldo, Ojeda, E. Nestor Suárez. Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós.
- Hardy SE, Concato J, Gill TM. (2004). Resilience of Community-Dwelling Older Persons. *J Am Geriatr Soc* 52: 257-262.
- Hugo FN, Hilgert JB, de Sousa MLR, da Silva DD, Pucca Jr GA. (2007). Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 35: 224-232.
- Hugo FN, Hilgert JB, da Luz Rosário de Sousa M, Cury JA. (2009). Oral status and its association with general quality of life in older independent-living south-Brazilians. *Community Dent Oral Epidemiol* 37: 231-240.
- Macentee MI, Hole R, Stolar E. (1997). The significance of mouth in old age. *Soc Sci Med* 45:1449-1458.
- McKenzie-Green B, Giddings LS, Buttle L, Tahana K. (2009). Older people perceptions of oral health: 'it's just not simple'. *Int J Dent Hygiene* 7:31-38.
- Mesas AE, de Andrade SM, Cabrera MAS. (2008). Factors associated with negative self-perception of oral health among elderly people in a Brazilian community. *Gerodontology* 25:49-56.
- Natuveli G, Blane D. (2008). Quality of life in older ages. *Br Med Bull* 85: 113-126.
- OMS_ Organização Mundial de Saúde. (1999). Levantamentos em Saúde Bucal. Livraria e Editora Santos. São Paulo, SP.
- Paula-Couto MCP, Koller SH, Novo RF. (2006). Resiliência no Envelhecimento: Risco e Proteção. In: Falcão DVS e Dias CMSB. Maturidade e velhice: Pesquisas e intervenções psicológicas. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 2, pp. 314-318.
- Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos, NC, Malaquias JV, Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saúde Pública* 21(2): 436-448.
- Peek CW, Gilbert GH, Duncan RP, Heft MW, Henretta JC. (1999) Patterns of change in self-reported oral health among dentate adults. *Med Care* 37:1237-48.
- Rasia, ICRB, Albernaz, E. (2008) Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant* 8: 401-410.
- Reis SCGB, Marcelo VC. (2006). Saúde Bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. *Ciênc Saúde Coletiva* 11:191-199.
- Reisine ST, Bailit HL. (1980) Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. *Soc Sci Med* 14:597-605.
- Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. (1987). *Am J Orthopsychiatric* 57:316-331.

- Seligman M, Csikszentmihalyi M. (2000). Positive psychology: An introduction . *Am Psychologist* 55, 5-14.
- Sheiham A, Croog SH. (1981). The psycho-social impact of dental diseases on individuals and communities. *J Behav Med* 4:257.
- Slade GD, Spencer AJ. (1994). Development and evolution of the oral health impact profile. *Com Dent Health* 11: 3-11.
- Silva MESE, Vilaca EL, Magalhães CS, Ferreira EF (2007). Impacto da perda dentaria na qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva*, 12, 174.
- Silva SRC da, Castellanos-Fernandes RA. (2001). Self-perception of oral health status by the elderly. *Rev de Saúde Pública* 35:349-355.
- Vargas AMD, Paixão HH.(2005).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. *Ciênc Saúde Coletiva* 10:1015-1024.
- Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. (1997). The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 26: 224-7.
- Wagnild GM, Young HM. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *J Nurs Meas* 1(2):165-177.
- WHO. World Health Organization . (2001).International Classification of Functioning, Disabilities and health. Geneva: World Health Organization.
- WHO. World Health Organization. (2002). Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: World Health Organization.

Tabela 1. Distribuição de freqüências das variáveis preditoras em relação a autopercepção de saúde bucal.

		<i>Autopercepção de saúde bucal</i>		
		Ruim N(%)	Boa N(%)	Valor de P
Idade	63-66 anos	39(33,6)	98(25,8)	,350
	67-70 anos	24(20,7)	96(25,8)	
	71-75 anos	21(18,1)	82(21,6)	
	76 anos ou mais	32(27,6)	104 (27,4)	
Localização do domicílio	Urbana	47(40,5)	218(57,4)	,001
	Rural	69(59,5)	162(42,6)	
Sexo	Masculino	34(29,3)	130(34,2)	,326
	Feminino	82(70,7)	250(65,8)	
Estado Marital	Casado	77(67,0)	242(64,0)	,722
	Separado/solteiro	7(6,1)	31(8,2)	
	Viúvo	31(27,0)	105(27,8)	
Resiliência_Tertil	1º Tertil	43(37,1)	123(32,4)	,004
	2º Tertil	48(41,4)	113(29,7)	
	3º Tertil	25(21,6)	144(37,9)	
Anos de estudo	Até 3 anos	57(50,9)	168(44,6)	,238
	4 anos ou mais	55(49,1)	209(55,4)	
Renda	Até um 1 salário	78(67,2)	177(46,8)	,000
	Mais que 1 salário	38(32,8)	201(53,2)	
Frequência de escovação	≤1X/dia	70,37(7,07)	71,13(6,44)	,203
	2X/dia	28(24,1)	68(18,0)	
	>2X/dia	47(40,5)	146(38,6)	
Hábito tabágico	Sim	5(4,3)	22(5,8)	,531
	Não	111(95,7)	356(94,2)	
Mudança de dieta	Ocasionalmente, algumas vezes, sempre	32(27,6)	49(13,0)	,000
	Nunca, quase nunca	84(72,4)	329(87,0)	
Acesso ao serviço odontológico	Nunca	43(37,1)	100(26,7)	,077
	Quando tem algum problema	59(50,9)	232(61,9)	
	Ocasionalmente, regularmente	14(12,1)	43(11,5)	
Dente extraído	Sim	20(17,4)	66(17,6)	,959
	Não	95(82,6)	309(82,4)	
Número de dentes	Desdentados	67(57,8)	197(51,8)	,326
	Entre 1 e 19 dentes	45(38,8)	158(41,6)	
	≥20 dentes	4(3,4)	25(6,6)	
Participação em grupos	Sim	77(66,4)	221(58,6)	,135
	Não	39(33,6)	156(41,4)	

Tabela 2. Associação entre variáveis do 1º nível (variáveis exógenas) e percepção de saúde bucal boa em idosos de Carlos Barbosa, RS.

		RP bruta (IC de 95%)	p	RP ajustada (IC de 95%)	P
Idade	63-66 anos	1,00		1,00	
	67-70 anos	1,12 (0,97 a 1,28)	0,11	1,11 (0,97 a 1,28)	0,12
	71-75 anos	1,11 (0,96 a 1,28)	0,14	1,11 (0,96 a 1,28)	0,15
	=>76 anos	1,07 (0,93 a 1,23)	0,35	1,06 (0,92 a 1,22)	0,38
Sexo	Masculino	1,00		1,00	
	Feminino	0,95 (0,86 a 1,05)	0,31	0,95 (0,86 a 1,05)	0,36

Tabela 3. Associação entre variáveis do 2º nível (determinantes primários) e percepção de saúde bucal boa em idosos de Carlos Barbosa, RS.

		RP bruta (IC de 95%)	p	RP ^a (IC de 95%)	p	RP ^b (IC de 95%)	p
Localização do domicílio	Urbana	1,00		1,00		1,00	
	Rural	0,85 (0,77 a 0,94)	0,02	0,83 (0,75 a 0,93)	0,02	0,83 (0,75 a 0,93)	0,001
Estado marital	Casado	1,00		1,00		1,00	
	Separado/solteiro	1,07 (0,91 a 1,27)	0,38	1,09 (0,93 a 1,27)	0,3	1,09 (0,93 a 1,28)	0,26
	Viúvo	1,02 (0,91 a 1,74)	0,75	1,01 (0,91 a 1,12)	0,9	0,99 (0,88 a 1,11)	0,84
Resiliência	1º tertil	1,00		1,00		1,00	
	2º tertil	0,95 (0,83 a 1,08)	0,43	0,96 (0,84 a 1,1)	0,6	0,97 (0,85 a 1,1)	0,61
	3º tertil	1,15 (1,03 a 1,28)	0,01	1,18 (1,06 a 1,32)	0,003	1,2 (1,07 a 1,34)	0,001
Escolaridade	<4 anos	1,00		1,00		1,0	
	=>4 anos	1,06 (0,96 a 1,17)	0,24	1,04 (0,94 a 1,14)	0,46	1,05 (0,96 a 1,16)	0,29
Renda mensal	=<1 salário	1,00		1,00		1,0	
	>1 salário	1,21 (1,1 a 1,34)	0,001	1,17 (1,06 a 1,29)	0,002	1,18 (1,07 a 1,31)	0,001
Participação em grupos	Sim	1,00		1,00		1,0	
	Não	1,08 (0,98 a 1,19)	0,13	1,01 (0,92 a 1,12)	0,77	1,0 (0,91 a 1,11)	0,92

a. Associações ajustadas para determinantes primários.

b. Associações ajustadas para variáveis exógenas e determinantes primários

Tabela 4. Associação entre variáveis do 3º nível (comportamentos de saúde bucal) e percepção de saúde bucal boa em idosos de Carlos Barbosa, RS.

		RP bruta (IC de 95%)	P	RP ^a (IC de 95%)	P	RP ^b (IC de 95%)	p
Frequência de escovação	=<1X/dia	1,00		1,00		1,00	
	2X/dia	1,13 (0,98 a 1,31)	0,1	1,15 (0,99 a 1,34)	0,07	1,14 (0,97 a 1,33)	0,11
	>2X/dia	1,07 (0,92 a 1,24)	0,39	1,08 (0,92 a 1,26)	0,31	1,02 (0,87 a 1,19)	0,81
Tabagismo	Não	1,00		1,00		1,00	
	Sim	0,94 (0,78 a 1,13)	0,48	0,96 (0,79 a 1,16)	0,68	0,95 (0,78 a 1,15)	0,6
Mudança de dieta	Sim	1,00		1,00		1,00	
	Não	1,32 (1,1 a 1,58)	0,003	1,35 (1,12 a 1,62)	0,001	1,34 (1,12 a 1,59)	0,001
Visita ao dentista	Nunca	1,00		1,00		1,00	
	Quando tem problema	1,14 (1,1 a 1,29)	0,03	1,17 (1,04 a 1,32)	0,01	1,12 (0,99 a 1,27)	0,08
	Ocasionalmente/ Regularmente	1,08 (0,9 a 1,29)	0,42	1,1 (0,92 a 1,33)	0,29	1,01 (0,84 a 1,21)	0,92

a. Associações ajustadas para comportamentos de saúde bucal.

b. Associações ajustadas para variáveis exógenas, determinantes primários e comportamentos de saúde bucal.

Tabela 5. Associação entre variáveis do 4º nível (Condições de SB) e percepção de saúde bucal boa em idosos de Carlos Barbosa, RS.

		RP bruta (IC de 95%)	P	RP ^a (IC de 95%)	p	RP ^b (IC de 95%)	P
Perda dental nos últimos 4 anos	Sim	1,00		1,00		1,00	
	Não	1,00 (0,88 a 1,13)	0,96	1,02 (0,89 a 1,17)	0,77	1,0 (0,88 a 1,14)	0,97
Número de dentes	Desdentado	1,00		1,00		1,00	
	1-19 dentes	1,04 (0,94 a 1,15)	0,42	0,91 (0,77 a 1,07)	0,24	0,99 (0,81 a 1,22)	0,96
	=>20 dentes	1,15 (0,98 a 1,36)	0,08	0,86 (0,73 a 1,01)	0,07	0,99 (0,79 a 1,23)	0,91

a. Associações ajustadas para condições atuais de saúde bucal (Condições de SB).

b. Associações ajustadas para variáveis exógenas, determinantes primários, comportamentos de saúde bucal e estado bucal.

Tabela 6. Modelo hierárquico totalmente ajustado.

		RP ajustada (IC de 95%)	p
Localização do domicílio	Urbana	1,00	
	Rural	0,83 (0,75 a 0,93)	0,001
Resiliência	1º tertil	1,00	
	2º tertil	0,96 (0,84 a 1,09)	0,53
	3º tertil	1,18 (1,06 a 1,32)	0,004
Renda	<=1 salário	1,00	
	>1 salário	1,18 (1,07 a 1,3)	0,001
Mudança de dieta	Sim	1,0	
	Não	1,34 (1,13 a 1,6)	0,001
Visitas ao dentista	Nunca	1,00	
	Quando tem problemas	1,11 (0,98 a 1,26)	0,1
	Ocasionalmente/	1,03 (0,86 a 1,23)	0,74
	Regularmente		

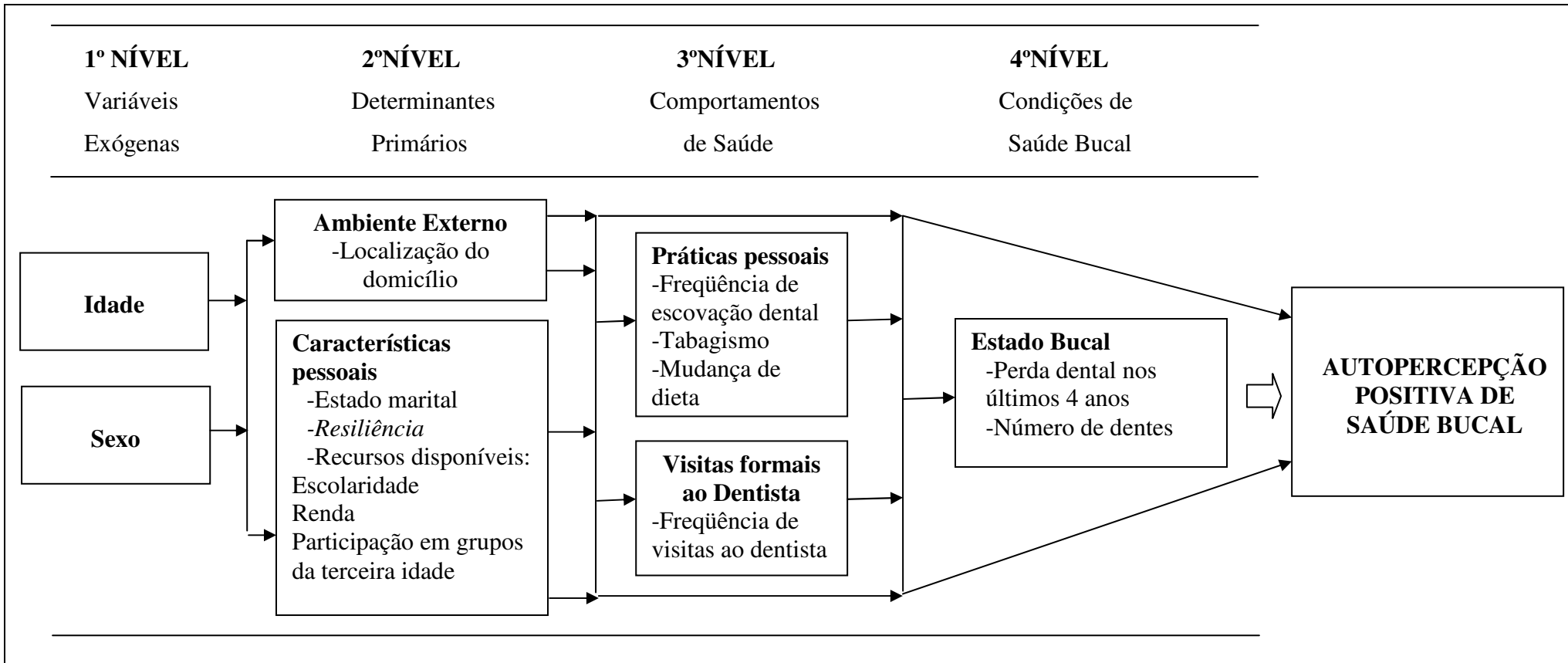


Figura 1. Modelo teórico conceitual

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi desenvolvido para avaliar a presença de associação entre a resiliência e a autopercepção positiva de saúde bucal em idosos, através de um modelo hierárquico onde outras variáveis foram consideradas, de modo a evitar vieses de confundimento. Após a análise totalmente ajustada, foi possível observar uma associação entre a resiliência e tal desfecho, o que nos permite especular que provavelmente exista uma relação entre os processos adaptativos promovidos pela resiliência dos indivíduos e a forma que eles percebem a sua saúde bucal. Foi possível observar que apesar de um quadro lastimável de saúde bucal, com alta prevalência de perdas dentárias, grande parte dos idosos da cidade de Carlos Barbosa percebe sua saúde bucal de maneira favorável.

Em revisão ao aporte teórico, não encontramos estudos que nos permitissem estabelecer comparações diretas. Nenhum estudo longitudinal contendo evidências apontando relações causais entre tais variáveis foi encontrado, e o único estudo transversal que encontramos sobre a temática, avalia a presença de “resiliência à saúde” como um possível *buffer* (*fator de proteção*) em relação à manutenção de mais de 20 dentes em boca na presença de adversidades relacionadas à pobreza (Sanders *et al*, 2008). Acreditamos que a plausibilidade biológica capaz de explicar tal associação somente poderá ser estabelecida através do aprofundamento dos estudos na área.

O modelo proposto neste estudo demonstrou ser adequado para abordagem das variáveis de forma “sistemática”. Encontramos associação significativa de forma independente entre o desfecho positivo em estudo e algumas variáveis: 1) resiliência; 2) localização geográfica do domicílio; 3) renda; e 4) necessidade de mudanças na dieta por problemas bucais.

Encontramos em nosso estudo uma associação negativa entre morar na zona rural e perceber a saúde bucal de forma positiva. Embora algumas evidências possuam achados que mostram que idosos que moram em áreas rurais costumam apresentar condições de saúde bucal mais adversas (Vargas *et al* 2002; Vargas *et al*, 2003) devido à menor oferta de serviços odontológicos (Pinheiro e Torres, 2006). Acreditamos que nossos achados possuam uma forte relação com os fatores subjetivos envolvidos com as sensações de

abandono e descaso que podem advir em decorrência das limitadas políticas públicas que são concebidas para esta população (Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2006).

Associações positivas foram encontradas entre o desfecho em estudo e renda maior que um salário mínimo. Julgamos que esta associação seja explicada pela relação existente entre as condições socioeconômicas e percepção de saúde bucal que foi descrita em outros estudos (Reisine e Bailit, 1980; Silva e Castellanos-Fernandes, 2001). No entanto, um estudo recente que analisou dados de autopercepção de saúde bucal em idoso, através de uma Pesquisa sobre as Condições de Saúde Bucal no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, encontrou associação apenas entre renda e uma pior autoclassificação quanto à fala (Nunes e Abegg, 2008). Tal observação, no nosso ponto de vista, pode estar relacionada com diferenças metodológicas e com o fato dos estudos possuírem desfechos de caracteres distintos, um aborda a autopercepção positiva de saúde bucal, enquanto o outro aborda a autopercepção negativa de saúde bucal. Sugerimos devido às limitações de análise aqui encontradas, e em comum acordo com outro estudo (Brondani e MacEntee, 2007), que estudos futuros associem pesquisas que abordem desfechos positivos e negativos, dentro de uma metodologia válida.

Não precisar interromper ou mudar hábitos alimentares devido a problemas bucais também apresentou associação positiva com a percepção otimista da saúde bucal nos idosos que participaram desta pesquisa. Outros estudos que vem sendo desenvolvidos demonstram que tal associação pode estar relacionada com a colocação de próteses totais e o com preenchimento de falhas criadas pelas perdas dentárias, que teriam a capacidade de melhorar a mastigação, proporcionar resultados mais favoráveis de percepção de saúde bucal (Elias e Sheiham, 1998; Hugo *et al*, 2007).

Apesar das limitações deste estudo, no que tange o delineamento da pesquisa e o aspecto inovador que lhe é inerente, julgamos que nossos achados possuem relevância e que merecem ser aprofundados. Conseguimos observar, na amostra estudada, uma associação entre o alto potencial de resiliência, entre outras variáveis, e percepções otimistas de saúde bucal, tal achado pode ser uma explicação inicial, porém lógica, para as diferentes percepções de necessidades de tratamento odontológico que existem entre profissionais de saúde bucal e seus pacientes idosos. Nós dentistas, sempre fomos capazes de diagnosticar enfermidades relacionadas à cavidade bucal, mas, será que temos a mesma habilidade para entender realmente o que as pessoas sentem e como sentem? É preciso que

as potencialidades e as percepções das pessoas sejam estudadas amplamente para que este conhecimento possa auxiliar nas descobertas a respeito do que realmente é capaz de promover não só uma autopercepção positiva de saúde bucal, mas também auto-eficácia e empoderamento quanto à saúde bucal, aspectos fundamentais da promoção de saúde.

Acreditamos que pessoas capazes de construir processos favoráveis de adaptação à adversidade, por exemplo, idosos com altos potenciais de resiliência, possivelmente possam desenvolver respostas favoráveis às mutilações e dores que podem advir de problemas bucais. Contudo, é sabido que estas pessoas não são invencíveis ou invulneráveis, e que existe inclusive a possibilidade de que “dores e cicatrizes” venham a ser mascaradas por comportamentos resilientes (Laranjeira, 2007).

Desta forma, concluímos este estudo reiterando a necessidade de ampliar o conhecimento na área. Reforçamos também a premência de que encontremos formas de promover saúde antes que os danos sejam feitos, pois os idosos brasileiros possuem histórias e desfechos de saúde bucal que não podem ser perpetuados, mesmo que as novas gerações possuam dispositivos para enfrentá-los.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEN, P.F., MCMILLAN A. S. A longitudinal study of quality of life outcomes in older adults requesting implant prostheses and complete removable dentures. **Clin Oral Implants Res**, v.14, n.2, p. 173-179, 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.

BERGDAHL, M. *et al.* Health and Disability. Natural teeth and cognitive function in humans. **Scan J Psychol**, v.48, n. 6, p.557-565, 2007.

BERQUÓ, E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: NERI, AL; YASSUDA, MS. **Velhice e Sociedade**. P. 11-40. Ed. Papirus. Campinas, São Paulo, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003 - Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília DF, 2006.

BRONDANI, M.A., MACENTEE, M.I. The concept of validity in sociodental indicators and oral health-related quality-of-life measures. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 35, n. 6, p.472-478, 2007.

CAMARANO, AM. **Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica**. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Instituto de Pesquisa econômica aplicada. P.5-8, Rio de Janeiro, Janeiro de 2002.

CARNEIRO, R.S., FALCONE, E.M.O. Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. **Psicol Estud**, v.9, n.1, p.119-126, 2004.

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

COWAN, P.A.; COWAN, C.P., SCHULZ, M.S. Thinking about risk and resilience in families. In: HETHERINGTON, EM & BLECHMAN, EA. **Stress, coping, and resilience in children and families**. New Jersey: Lawrence Erlbaum, pp. 01-38, 1996.

EARVOLINO-RAMIREZ, M. Resilience: A concept analysis. **Nursin Forum**, v. 42, n2, p. 73-82, 2007.

ELIAS, A.C., SHEIHAM, A. The relationship between satisfaction with mouth and number and position of teeth. **J Oral Rehab** v. 25, n.9, p.649-661, 1998.

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, n.1, p.53-71, 1999.

GIFT, H.C., ATCHINSON, K.A., DRURY, T.F. Perceptions of natural dentition in the context of multiple variables. **J Dent Res**, 77:1529-1538, 1998.

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.

HUGO, F.N. *et al.* Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.35, n. 3, p.224-232, 2007.

IBGE. **Perfil dos Idosos responsáveis por domicílios**. 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>

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.

KALACHE, A. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Posfácio. **Cad Saúde Pública.**, v.23, n.10, p.2503-2505, 2007.

KIYAK, H.A. Age and culture: influences on oral health behavior. **Int Dent J**, v.43, n.1, p.9-16, 1993.

LARANJEIRA, C.A.S.J. Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: Revisão de literatura. **Psic: Teor e Pesq** v.23, n.3, p.327-332, 2007.

LAMOND, A.J. *et al.* Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. **J Psychiatr Res**, v.43, n.2, p.148-154, 2008.

LOCKER, D. Clinical correlates of changes in self-perceived oral health in older adults. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.25, n.3, p.199-203, 1997.

LOCKER, D. Issues in measuring change in self-perceived oral health status. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.26, n.1, p.41-47, 1998.

LOCKER, D., GIBSON, B. The concept of positive health: a review and commentary on this application in oral health research. **Community Dent Oral Epidemiol** v.34, n.3, p. 161-173, 2006.

LOCKER, D., SLADE, G. Oral health and the quality of life among older adults: The oral health impact profile. **J Can Den Assoc**, v. 59, n.10, p.830-838, 1993.

MACENTEE, M.I., HOLE, R., STOLAR, E. The significance of mouth in old age. **Soc Sci Med**, v. 45, n.9, p.1449-1458, 1997.

MASTEN, A. S. Ordinary magic: resilience processes in development. **Am Psychol**, v. 56, n.3, p.227-238, 2001.

MCKENZIE-GREEN, B. *et al.* Older peoples' perceptions of oral health: 'it's just not that simple'. **Int J Dent Hygiene**, v.7, n.1, p.31-38, 2009.

MOREIRA, R.S., *et al.* A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n.6, p.1665-1675, Nov-dez, 2005.

NATUVELI, G., BLANE, D. Quality of life in older ages. **Br Med Bull** v.85, n. : 113-126, fev. 15, 2008.

NUNES, C.I.P., ABEGG, C. Factors associated with oral health perception in older Brazilians. **Gerodontology**, v.25, n.1, p.42-48, 2008.

PADILHA, D.M.P. *et al.* Odontogeriatrics na universidade: Para não perder tempo. **Rev Fac Odont Porto Alegre**, v.39, n.1, p.14-16, 1998.

PAULA-COUTO, M.C.P., KOLLER, S.H., NOVO, R.F. Resiliência no Envelhecimento: Risco e Proteção. In: FALCÃO, D.V.S., DIAS, C.M.S.B. **Maturidade e velhice: Pesquisas e intervenções psicológicas**. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 2, p. 314-318, 2006.

PAULA-COUTO, M.C.P. **Fatores de Risco e de Proteção na Promoção de Resiliência no Envelhecimento**. 2007. 144f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento)-Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS, Porto Alegre/RS, Brasil.

PEREIRA, A.M.S. Resiliência, personalidade, stress e estratégias de coping. In: YUNES, MAM E SZYMANSKI, H. **Resiliência e Educação**. Ed. Cortez, 2ªEd, São Paulo, SP,p.77-94, 2001.

PESCE R.P., *et al.* Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cad Saúde Pública**, v.21, n.2, p.436-448, 2005.

PINHEIRO, R. S., TORRES, T. Z. G. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p.999-1010, 2006.

POLETTO, M., KOLLER, S.H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, promotores de risco e de proteção. **Estud Psicol**, v.25, n.3, p.405-416, 2008.

RADIO ONU. **Brasil precisa se preocupar com envelhecimento da população**. Abril, 2007. Disponível em: <http://www.un.org/av/radio/portuguese/detail/2745.html>

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.

REIS, S.C.G.B, MARCELO, V.C. Oral health in old age: elderly's perceptions, Goiania, 2005. **Ciênc Saúde Coletiva** , v.11, n.1, p. 191-199, 2006.

REISINE, S.T., BAILIT, H.L. Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. **Soc Sci Med**, v.14A, n. 6, p.597-605, 1980.

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.

SANDERS, A.E., LIM, S., SOHN, W. Resilience to Urban Poverty: Theoretical and Empirical Considerations for Population Health. **Am J Public Health**, v.98, n.6, p.1101-1106, 2008.

SCHELP, D. Poucas crianças, muitos velhos. O dramático impacto econômico e cultural do envelhecimento da população e da falta de bebês nos países ricos. In: Revista VEJA, abril, 2007. Disponível em: http://veja.abril.com.br/241007/p_114.shtml

SHEIHAM, A., CROOG, S.H. The psycho-social impact of dental diseases on individuals and communities. **J Behav Med**, v.4, p.257, 1981.

SILVA, A.L., SANTRAIN, M.V.L. Interferência do perfil epidemiológico do idoso na atenção odontológica. **Rev Bras Epidemiol**, v.9, n.2, p.242-250, 2006.

SILVA, M.E.S.E. *et al.* Impacto da perda dentária na qualidade de vida. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 2, p.174. 2007.

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

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

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. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.10, n. 4, p.1015-1024, 2005

VARGAS, C.M., DYE, B.A., HAYES, K.L. Oral health status of rural adults in the United States. **J Am Dent Assoc**, v.133, n.12, p.1672-1681, 2002.

VARGAS, C.M., YELLOWITZ, J.A., HAYES, K.L. Oral health status of older rural adults in the United States. **J Am Dent Assoc**, v.134, n. 4, p.479-486, 2003.

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.

WHO. **Active Ageing: A Policy Framework**. Geneva, World Health Organization 2002.

ANEXOS

ANEXO A- Questionário Sócio-Demográfico

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

(**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?

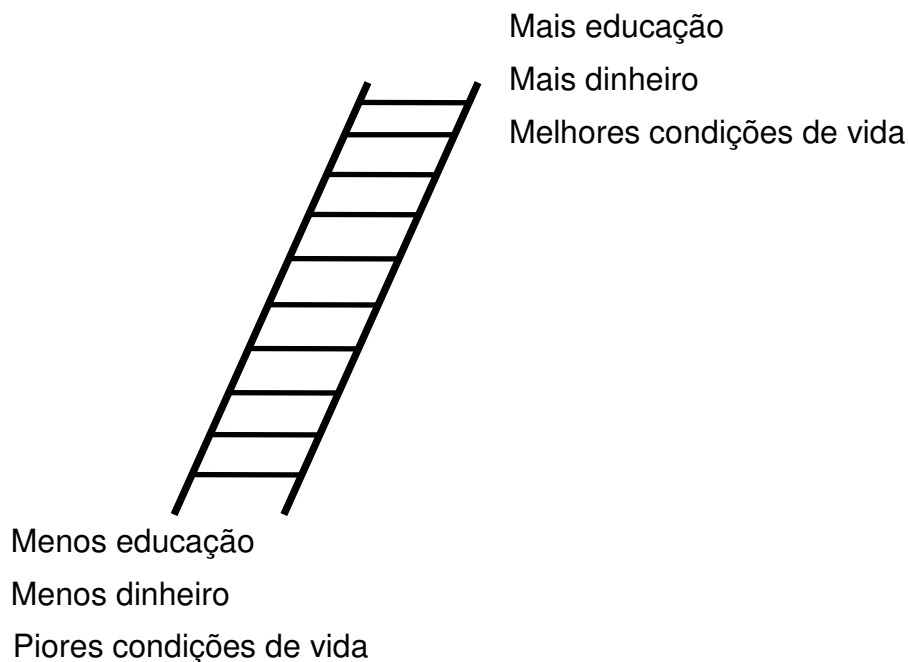
- a) Nunca
- b) Eventualmente
- c) Regularmente

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:



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 _____.

	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	0	1	2	3	4

	ou dentadura?					
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 B- Escala de Resiliência

ESCALA DE RESILIÊNCIA*

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

	DISCORDO			NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO		
	Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente
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

* Versão adaptada para o português da Escala de Resiliência de Wagnild e Young, 1993 (Pesce, Assis, Avanci, Santos, Malaquias, & Carvalhaes, 2005).

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 C – 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 / / .

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 D- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da FO-UFRGS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
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

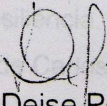
Título: AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE EDENTULISMO, RESILIÊNCIA E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO DE IDOSOS.

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