

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

ANDRESSA DA SILVEIRA BEZ

**RESILIÊNCIA E SUA RELAÇÃO COM MUDANÇA NA AUTOPERCEPÇÃO
DE SAÚDE BUCAL EM IDOSOS INDEPENDENTES DO SUL DO BRASIL**

Porto Alegre
2013

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

LINHA DE PESQUISA: EPIDEMIOLOGIA, ETIOPATOGENIA E
REPERCUSSÃO DAS DOENÇAS DA CAVIDADE BUCAL E ESTRUTURAS
ANEXAS

**RESILIÊNCIA E SUA RELAÇÃO COM MUDANÇA NA AUTOPERCEPÇÃO
DE SAÚDE BUCAL EM IDOSOS INDEPENDENTES DO SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de mestre pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ANDRESSA DA SILVEIRA BEZ

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Balbinot Hilgert

Porto Alegre
2013

CIP - Catalogação na Publicação

Bez, Andressa da Silveira

Resiliência e sua relação com mudança na
autopercepção de saúde bucal em idosos independentes
do sul do Brasil / Andressa da Silveira Bez. -- 2013.
77 f.

Orientadora: Juliana Balbinot Hilgert.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia,
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Porto
Alegre, BR-RS, 2013.

1. idosos. 2. estudos longitudinais. 3.
resiliência psicológica. 4. autopercepção de saúde
bucal. I. Hilgert, Juliana Balbinot, orient. II.
Título.

Aos meus avós, meus anjos,
Oswaldo e Leda, João e Osvaldina,
obrigada por abençoarem o meu caminho.
Saudades eternas!

Aos meus pais, meu porto seguro,
Gerson e Marina,
agradeço o amor e a força incondicionais.
Nenhum sonho seria possível sem vocês, meus amores!

AGRADECIMENTOS

À CAPES, por ter concedido a bolsa de estudos para que eu me dedicasse integralmente a esse trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde de Carlos Barbosa, representada pelo Exmo Sr. Secretário de Saúde José Carlos Ribeiro, muito obrigada por tornar esse estudo possível.

À cirurgiã-dentista Gislaine, por ajudar a contatar os idosos e pelas conversas no final do expediente.

À Carol e ao Gustavo, recepcionistas da unidade de saúde, por ouvirem, incessantemente, a mesma história nos inúmeros telefonemas aos idosos.

À Íria, por ser extremamente calorosa e comicamente convincente ao convidar os idosos de Arco Verde, o primeiro bairro onde foi realizada a pesquisa. Muito obrigada pela ajuda nos momentos iniciais e de maiores anseios!!

A todos os líderes comunitários que não mediram esforços para possibilitar o nosso encontro com os idosos.

Não poderia deixar de agradecer aos idosos de Carlos Barbosa, sempre muito receptivos e carinhosos nas nossas visitas. Era muito bom ser recebida por um sorriso, um abraço amigo, e, muitas vezes, esse carinho vinha acompanhado de café, de bolo, de queijo, e terminar a conversa encantada com as histórias de cada um e extasiada de tanto saber! O aprendizado é inenarrável! Era como se eu reconhecesse em cada idoso a ternura dos meus avós!

À coordenação, professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFRGS.

Ao Centro de Pesquisa em Odontologia Social, é um privilégio fazer parte desse grupo de excelência!

À minha orientadora, professora Juliana Balbinot Hilgert, pelo conhecimento, pela competência, pela amizade e, especialmente, por guiar meus passos no desenvolvimento deste trabalho.

Ao professor Fernando Neves Hugo, meu mestre, pela competência na coordenação da Saúde Coletiva nesta universidade, apresentando aos seus orientandos, inúmeras possibilidades de atuação.

Aos professores da banca, pelos ensinamentos e por exercerem a docência com maestria e beleza! Obrigada pela leitura atenta da minha dissertação! É uma honra ter a contribuição dos doutores na minha trajetória acadêmica!

Aos meus mais que colegas, amigos queridos, Arisson, Gabriel e Inaiá, obrigada pela companhia, pelas conversas, pelas risadas! Com certeza somos o quarteto fantástico da Saúde Bucal Coletiva!

Ao Renato De Marchi, obrigada por ser nosso guia em Carlos Barbosa e arredores, teu apoio foi essencial para a realização desta pesquisa! Eternamente grata pelas palavras de incentivo!

À Aline Blaya Martins, muito obrigada pela amizade e pelo apoio!

À Camila Mello dos Santos, por me incentivar a seguir a carreira acadêmica!

À Luísa Helena do Nascimento Tôrres, minha colega nessa empreitada!

À Édina Vendrame, obrigada por acompanhar o início deste longo trabalho!

Ao Darlan, que é mais que o digitador do nosso imenso banco de dados, é um exemplo de aluno, que me ensina a docência em cada reunião que temos!

À querida Vânia, que muitas vezes ouviu minhas angústias e aparou a minha ansiedade!

À Michele, obrigada pelo carinho e apoio!

À Luciane Maria Pilotto, colega que a pouco me aproximei, mas que admiro pela coragem e força!

Aos meus queridos avós Oswaldo Bez (*in memorian*), pelo reflexo dos seus olhos em mim; Leda Maria Franco Bez (*in memorian*), pelo brilho e pela raridade do seu coração; João da Silveira (*in memorian*), pelo aconchego de suas amáveis palavras e Osvaldina Porto da Silveira (*in memorian*), pelos pãezinhos de erva-doce que acalentavam o coração.

À minha família rock n'roll, pela intensa paixão que dedicamos a tudo que fazemos! Obrigada por compreender as minhas inúmeras ausências! Obrigada pelos mimos toda vez que eu e a Ale voltávamos para casa! Obrigada pelos shows de rock que compartilhamos juntos! Sou eternamente apaixonada por vocês!

Ao meu pai Gerson, meu colega mais amado, meu exemplo, pai carinhoso, profissional ético e competente! Da sua paixão se fez a minha!

À minha mãe Marina, por herdar a força das mulheres Porto e me fazer forte! Obrigada pelo teu amor!

Ao meu irmão Cassio, por ser o meu "gêmeo", obrigada pelo apoio e carinho sinceros!

À minha gêmea Alessandra, pela presença inspiradora, cuidados permanentes e meu exemplo brilhante de condução de vida acadêmica! Obrigada por revisar e lapidar as minhas palavras!

Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos se não fora
A mágica presença das estrelas!

Mário Quintana

RESUMO

A relação existente entre mudança de percepção da saúde bucal e resiliência é escassa na literatura. O objetivo deste trabalho foi descrever as dinâmicas de mudança de autopercepção relacionada à saúde bucal (melhora e piora) e avaliar os fatores determinantes destas mudanças em idosos do sul do Brasil. Uma amostra representativa de 587 pessoas, com 60 anos ou mais, residentes em Carlos Barbosa, RS, foi avaliada em 2008. O seguimento foi realizado em 2012 e foram avaliados 389 idosos. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da UNICAMP. Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico e de saúde geral, a Escala de Resiliência e passaram pelo exame de saúde bucal. A mudança de autopercepção relacionada à saúde bucal foi categorizada em decréscimo, estabilidade e acréscimo entre 2008 e 2012. A fim de analisar os fatores associados com as mudanças na percepção relacionada à saúde bucal em idosos independentes, utilizou-se a regressão multinomial. Os indivíduos apresentaram 21,9% de decréscimo, 48,1% permaneceram estáveis e 30% apresentaram acréscimo na mudança de autopercepção relacionada à saúde bucal. Uso dos serviços odontológicos (OR=3,28,IC=1,05-10,22) e comorbidades (OR=5,43,IC=1,17-25,18) associaram-se com melhora e renda (OR=1,89,IC=1,00-3,57) e resiliência (OR=7,70, IC=0,97-61,02) associaram-se com piora na autopercepção relacionada à saúde bucal. Conclui-se que há uma relação entre as ideias de flexibilidade e de adaptação inseridas no conceito da resiliência e a maneira como um indivíduo vê sua saúde bucal.

Palavras-chave: idosos, estudos longitudinais, resiliência psicológica, autopercepção de saúde bucal.

ABSTRACT

The existing relation between change of oral health perception and resilience is insufficient in the literature. The aim of this study was to describe the dynamics of self-perception's change related to the oral health (improvement and decline) and to evaluate the determinants of these changes in older people of the southern of Brazil. A representative sample of 587 people aged 60 years or more, living in Carlos Barbosa, RS, was evaluated in 2008. The follow-up was made in 2012 and 389 older people were evaluated. This study was approved by the Committee of Ethics of the Faculty of Dentistry of the State University of Campinas. The participants answered an oral health and socio-demographic questionnaire, the Resilience Scale, and took an oral health exam. The change of self-perception related to the oral health was categorized as decrement, stability and increment between 2008 and 2012. In order to analyze the factors associated with the changes in the perception related to the oral health in independent living older people it was used a hierarchical analysis, made through multinomial regression. The individuals experienced 21.9% of decrement, 48.1% remain stable and 30.0% experienced increment in the change of self-perception related to the oral health. Access to the oral services (OR=3.28, CI=1.05-10.22) and co-morbidities (OR=5.43, CI=1.17-25.18) were associated with improvement, income (OR=1.89, CI=1.00-3.57) and resilience (OR=7.70, CI=0.97-61.02) was associated with the decline in the self-perception related to the oral health. It is concluded that there is a relation between the ideas of flexibility and adjustment inserted in the concept of the resilience and the manner how an individual perceives its oral health.

Key-words: older people, longitudinal studies, psychological resilience, self-perception of oral health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Fluxograma da amostra.....	55
Figura 2 - Modelo teórico.....	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição da amostra estudada de acordo com a mudança de autopercepção de saúde bucal52

Tabela 2 - Análises univariadas - Mudança na autopercepção relacionada à saúde bucal.....53

Tabela 3 - Modelo hierárquico totalmente ajustado - Piora e melhora na autopercepção relacionada à saúde bucal.....54

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Resiliência e sua relação com mudança de autopercepção de saúde bucal de idosos independentes do sul do Brasil”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 16 de outubro de 2013. A banca avaliadora desta dissertação foi composta pelos Professores Doutores : Roger Keller Celeste (UFRGS), Alexandre Favero Bulgarelli (UFRGS), Eduardo Dickie de Castilhos (UFPEL).

A pesquisa que deu origem a essa dissertação é um estudo de coorte. O estudo pilar desta pesquisa tem como objetivo verificar os determinantes de agravos à saúde bucal e a condição bucal como preditora da saúde geral em uma coorte de idosos independentes residentes em Carlos Barbosa, RS. A amostra estudada foi avaliada em 2008 e 2012. Fazem parte do grupo de pesquisadores envolvidos nesta pesquisa: Juliana Balbinot Hilgert, Fernando Neves Hugo, Maria da Luz Rosário de Sousa, Luísa Helena do Nascimento Tôrres, Aline Blaya Martins, Renato José De Marchi, Camila Mello dos Santos e, a autora deste estudo em particular, Andressa da Silveira Bez.

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

Introdução, Revisão de Literatura e Objetivo

Manuscrito

Considerações finais

Documentos de apoio são apresentados nos anexos.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1	ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO E TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA.....	16
2.2	ENVELHECIMENTO E SAÚDE BUCAL.....	18
2.3	AUTOPERCEPÇÃO E SAÚDE.....	20
2.4	RESILIÊNCIA.....	22
3	OBJETIVO.....	27
4	MANUSCRITO.....	28
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
	REFERÊNCIAS.....	58
	ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	65
	ANEXO 2 - Questionário sociodemográfico.....	68
	ANEXO 3 - Questionário de saúde geral.....	70
	ANEXO 4 - Questionário de hábitos e higiene.....	71
	ANEXO 5 - Condição bucal.....	72
	ANEXO 6 - Escala de Resiliência.....	73
	ANEXO 7 - Exame bucal.....	74

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial já está bem documentado e as projeções indicam que essa tendência continuará até a metade do século vinte e um devido à queda da taxa de fecundidade e às taxas de migração em diferentes combinações. A América Latina apresenta um rápido envelhecimento da população e presume-se que até o ano 2050 a população da região aumentará 42% enquanto o número de pessoas acima de 65 anos irá quadruplicar, ou seja, cerca de 136 milhões de idosos, o que significa um aumento de 4% para 17% da população (ROSE et.al., 2008). Essa perspectiva também é percebida na região do Caribe, onde a população acima de 60 anos corresponderá a 25% do total da população, significando uma das maiores proporções de idosos no mundo (COQUEIRO et.al., 2010).

A mudança na estrutura etária das populações, pelo aumento da quantidade e da proporção de pessoas idosas, fez com que esse segmento da sociedade emergja como questão política, social e de saúde pública. O fato de as pessoas estarem vivendo mais, fenômeno consolidado na Europa e nos Estados Unidos e mais recente e acelerado no Brasil, se deve à queda nos índices de fecundidade e a taxas de migração em diferentes combinações, modificando de forma determinante a pirâmide etária dos países em desenvolvimento (WALTER, 2010).

Esse grupo etário tem se tornado mais importante com as mudanças na distribuição etária e no aumento da expectativa de vida no Brasil. Dados epidemiológicos desse grupo são importantes tanto para o planejamento em saúde como para o monitoramento dos efeitos gerais dos serviços odontológicos prestados à população (RONCALLI et.al., 2012). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil, 2010) revelam que a proporção de indivíduos livres de cárie diminui em função da idade, sendo que na faixa etária de 65 a 74 anos de idade esse percentual corresponde a 0,2%. No entanto, a elevada carga de doença não resulta em reabilitação, já que 46,6% da população idosa apresenta alguma necessidade de tratamento relacionada à saúde bucal (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, é importante considerar a condição de saúde bucal como fator relevante na autopercepção de saúde dos indivíduos, visto que problemas de saúde bucal têm repercussões nutricionais e psicossociais. Critérios clínicos não são

suficientes para determinar o grau de bem-estar relacionado à saúde bucal, embora o reduzido número de dentes, o uso de próteses removíveis, a ausência ou parcialidade na oclusão posterior e baixo nível de fluxo salivar estejam associados a uma percepção negativa da saúde bucal (MESAS et.al., 2008). A percepção ruim da saúde bucal está relacionada ao baixo nível socioeconômico, à baixa escolaridade, ao sexo feminino, em pessoas com depressão, com baixa autoestima, com CPO-D elevado e uso e necessidade de prótese (LOCKER & JOKOVIC, 2005; BENYAMINI et.al., 2004; NUNES & ABEGG, 2008; MESAS et.al., 2008; MATOS & LIMA-COSTA, 2006; DA SILVA & CASTELLANOS-FERNANDES, 2001).

A autoavaliação de saúde bucal é uma variável multidimensional que reflete a experiência subjetiva dos indivíduos sobre o seu bem-estar funcional, social e psicológico e estão associados ao ambiente externo e a características individuais. A autopercepção de saúde bucal não está dissociada da saúde geral, sofrendo a influência da presença de doenças sistêmicas e da saúde mental (MARTINS et.al., 2009).

Levando em consideração a multidimensionalidade na autopercepção, destaca-se o papel da resiliência como fator preponderante nessa relação. A resiliência psicológica se caracteriza pela capacidade do ser humano responder às demandas da vida cotidiana de forma positiva, apesar das adversidades que enfrenta ao longo do seu ciclo vital de desenvolvimento, resultando na combinação entre os atributos do indivíduo e do seu ambiente familiar, social e cultural (TIMM et.al., 2008). De acordo com Martins et.al. (2011), a resiliência influencia a autopercepção de saúde bucal em idosos, de maneira que pessoas com maior potencial de resiliência apresentam uma maior prevalência de percepção positiva em relação à saúde bucal. Reforçam também a importância de estudos de acompanhamento a fim de avaliar as possíveis mudanças nos níveis de resiliência e de autopercepção de saúde bucal ao longo do tempo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO E TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

Não há uma definição universalmente aceita de quem é idoso. Paradoxalmente, reconhece-se também a vantagem de se utilizar o critério etário para a sua definição. O envelhecimento é percebido e entendido de várias maneiras diferentes, considerando sempre as variações culturais. Pode-se referir tanto quanto a processos biológicos como à aparência física, a eventos de desengajamento social (como a aposentadoria) e ao aparecimento de novos papéis sociais (IPEA, 2002).

Conforme o SAGE (Study on global AGEing and adult health), estudo longitudinal com amostras representativas de seis países (China, Gana, Índia, México, Rússia e África do Sul), organizado pela Organização Mundial da Saúde, em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento o envelhecimento é acompanhado do aumento do número de doenças, todavia, as políticas públicas não correspondem a esse “novo” perfil populacional (KOWAL et.al., 2012).

De acordo com Botev (2012), a diversidade do leste europeu é resultado da economia, da política e da mudança demográfica, implicando em níveis diferenciados de desenvolvimento entre os países do continente. Segundo o autor, o envelhecimento na Europa é o resultado de altas taxas de mortalidade entre os homens, da combinação entre a diminuição do crescimento populacional e aumento das taxas de emigração, da instabilidade das coortes feitas na Europa, da simultaneidade entre a transição político-econômica e a mudança demográfica e do encurtamento intergeracional. Todos esses fatores contribuíram para a queda da taxa de fecundidade e para a emigração exacerbada da população mais jovem, resultando no envelhecimento da população do leste do velho continente.

Da mesma forma, na Austrália, o número de pessoas acima de 65 anos irá dobrar entre os anos 2000 e 2025, resultado do envelhecimento da coorte do baby boom e do aumento de expectativa de vida, enquanto a taxa da população economicamente ativa tenderá a diminuir (ANSTEY et.al., 2010).

Como descrito anteriormente, o crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as transformações se dão de maneira radical e bastante acelerada. Nas últimas décadas, o Brasil se encontra em um processo veloz de transição demográfica e epidemiológica. Percebe-se, então, que o

envelhecimento é uma aspiração natural de qualquer sociedade e que viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida (Veras, 2007; Lima-Costa & Veras, 2003). A mudança na estrutura etária das populações provocou uma emergência desse segmento social, surgindo como uma questão política, social e de saúde pública (Veras, 2007).

O fato de as pessoas estarem vivendo mais, aliado à queda da taxa de fecundidade e às taxas de migrações em diferentes combinações, modificou de forma determinante a pirâmide etária e colocou o idoso no foco de atenção dos serviços públicos e da sociedade (Walter, 2010). Torna-se estratégica a ampliação do campo de investigação sobre as condições de saúde da população idosa e suas demandas por ações de promoção e assistência à saúde. Políticas sociais para o idoso não são perspectivas para o futuro, mas uma necessidade para o presente (Tannure et.al., 2010).

Segundo Cupertino, Rosa & Ribeiro (2007), há mudança de paradigma no que diz respeito ao desenvolvimento e ao envelhecimento, evidenciando que este pode ser vivido com satisfação, saúde e bem-estar, instigando, assim, a busca de variáveis que têm associação com o envelhecimento bem-sucedido. Sob essa nova ótica, envelhecimento saudável é resultado da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica, sendo assim, o bem-estar na velhice ou saúde em um sentido mais amplo é o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões (RAMOS, 2003).

O Levantamento Nacional Mexicano de Saúde e Nutrição (ENSANUT), realizado em 2006 analisou a evolução e a qualidade dos serviços de saúde, bem como os programas e as políticas de saúde afetam a população e os gastos em serviços de saúde. Para a análise dos custos, o estudo considerou três dimensões de prestação de serviços de saúde (cuidado voltado para agudização de morbidades, cuidado ambulatorial e hospitalização) em diferentes grupos etários (crianças, adolescentes, adultos e idosos). Na análise univariada mostrou-se que o idoso é mais oneroso nas três dimensões quando comparado aos outros grupos. Todavia, na análise multivariada, vê-se apenas que há maior chance de hospitalização na senilidade (OR=2,53, IC=2,23-2,86), não havendo associação com os outros tipos de cuidado em saúde. Ao se analisar apenas a faixa etária de 60

anos ou mais, nota-se que ser mais velho (OR=1,01, IC=1,00-1,03), ser do sexo masculino (OR=1,26, IC=1,03-1,55), morar na zona urbana (OR=1,32, IC=1,03-1,70) e ter alguma doença crônica (diabetes OR=1,50, IC=1,20-1,89; hipertensão OR=1,44, IC=1,18-1,76; doença renal OR=1,42, IC=1,13-1,78) aumentam a chance de hospitalização. Percebe-se também que a velhice não é um indicativo de internação, mas sim o fato de os idosos apresentarem um maior número de doenças crônicas, e, conseqüentemente, necessitarem de mais cuidados (GONZÁLEZ-GONZÁLEZ et.al., 2011).

2.2 ENVELHECIMENTO E SAÚDE BUCAL

As evoluções nos paradigmas sobre desenvolvimento e envelhecimento trazem para discussão a possibilidade do envelhecimento ser vivido com satisfação, saúde e bem-estar, instigando a busca de variáveis que interferem no alcance de um envelhecimento bem-sucedido (Cupertino et al., 2007).

Nessa perspectiva, um envelhecimento saudável também está relacionado à saúde bucal. Em meados de 2000, o crescimento do número de idosos não foi acompanhado pelo aumento da quantidade de pesquisas que forneçam um diagnóstico preciso das condições de saúde bucal que, muitas vezes, não tem sua importância reconhecida na qualidade de vida dessa faixa etária (Colussi, 2002). Todavia, na última década houve um aumento significativo de estudos abrangendo a faixa etária acima de 60 anos e a saúde bucal, destacando a importância dessa à qualidade de vida dos idosos. Dentre esses estudos cita-se o Estudo Longitudinal Inglês sobre Envelhecimento, o Levantamento Norte-Americano sobre Saúde e Nutrição e o Levantamento das Condições de Saúde Bucal da população brasileira.

O estudo English Longitudinal Survey of Ageing (ELSA) é uma coorte inglesa com amostra de pessoas acima de 50 anos, cuja linha de base se inicia em 2001 e após há dois seguimentos, nos anos 2004-2005 e nos anos 2006-2007. No segundo acompanhamento (2006-2007) foram adicionadas variáveis de saúde bucal, como número de dentes, autopercepção de saúde bucal e o impacto da saúde bucal no cotidiano. O objetivo do estudo foi analisar se há associação entre os marcadores socioeconômicos e a saúde bucal em uma amostra nacional de idosos da Inglaterra. Na amostra, 19,5% eram edêntulos, 18,1% reportaram uma autopercepção ruim relacionada à saúde bucal e 8,6% relataram ter algum sintoma na boca que

influenciou no cotidiano nos últimos 6 meses. A maioria dos edêntulos apresentaram os menores indicadores socioeconômicos (educação, ocupação, renda), houve uma associação significativa e inversa entre esses indicadores e o impacto da saúde bucal na amostra que possuía dentes, sendo que o mesmo padrão de associação foi encontrado no que concerne ao desfecho de autopercepção de saúde bucal (TSAKOS et.al., 2011). De acordo com o NHANES (Levantamento Norte-Americano sobre Saúde e Nutrição), realizado nos períodos 1988-1994 e 1999-2004 em uma amostra representativa de pessoas não-institucionalizadas dos Estados Unidos, houve um declínio do CPO-D na faixa etária acima de 65 anos, com um índice de 19,11 no primeiro período do levantamento e 17,96 no período seguinte. O estudo mostrou também que houve diminuição do edentulismo (de 34% para 27%), todavia, esse declínio foi maior para os homens acima de 75 anos (DYE et.al., 2007).

A análise do Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (Projeto SB Brasil, 2010, in: BRASIL, 2011) reflete essa realidade. Os dados do levantamento mostram que apenas 0,2% dos indivíduos de 65 a 74 anos estão livres de cárie, a média do CPO-D foi de 27,53 (IC=27,03-28,04), sendo o componente perdido responsável por 91,9% do índice. No entanto, a alta prevalência de edentulismo não resulta, necessariamente, em reabilitação, já que se percebe um índice elevado de necessidade de prótese nessa faixa etária.

Hugo et.al. (2007), ao avaliarem a associação entre edentulismo e fatores sociodemográficos, necessidade de tratamento e qualidade de vida em uma amostra representativa de idosos no Brasil, encontraram que alguns dos fatores associados ao desfecho são idade (OR=1,08, IC=1,04-1,12), ser mulher (OR=4,04, IC=3,20-5,09), perceber a sua saúde bucal como boa (OR=2,02, IC=1,52-2,69) e não ir ao dentista há mais de dois anos (OR=4,50, IC=3,46-5,87), enquanto ter maior escolaridade é um fator de proteção (OR=0,93, IC=0,90-0,96). Outro componente analisado foi perda dentária que se manteve associada com as variáveis como sexo feminino (OR=1,77, IC=1,44-2,21), não visitar o dentista há mais de dois anos (OR=1,56, IC=1,24-1,96) e perceber como boa a saúde bucal (OR=1,35, IC=1,03-1,78).

Gerritsen et.al. (2010) mostram que há uma forte associação entre perda dentária e qualidade de vida, sendo que a metanálise sugere que quanto menor o número de dentes, maior a prevalência de um impacto negativo na qualidade de

vida. Tsakos et.al. (2006) relatam que idosos com menos de três pares de dentes em oclusão têm três vezes mais chance de causar impacto negativo na vida dos britânicos, embora haja uma baixa prevalência do impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos mesmos. No entanto, Steele et.al. (2004), ao comparar levantamentos nacionais da Austrália e do Reino Unido, afirmam que problemas de saúde bucal têm menor impacto na qualidade de vida com o aumento da idade, mas enfatizam que a população acima de 70 anos apresenta os menores escores do OHIP e baixas perspectivas em relação à vida e à saúde.

2.3 AUTOPERCEPÇÃO E SAÚDE

A caracterização das condições de saúde dos idosos requer informações detalhadas sobre diferentes aspectos da vida desse grupo etário. Uma maneira eficaz para a realização dessas investigações é o levantamento de dados sobre a percepção dos idosos em relação ao seu próprio estado de saúde. Embora a mensuração do estado de saúde seja difícil, já que engloba diversos aspectos da vida do indivíduo, a autopercepção de saúde tem se mostrado um método bastante confiável e, ultimamente, mais utilizado do que a observação direta para a análise desse aspecto (ALVES & RODRIGUES, 2005).

Autopercepção em saúde é a interpretação que a pessoa faz de suas experiências e estados de saúde no contexto da vida diária. Esse julgamento se baseia, em geral, na informação e nos conhecimentos disponíveis, modificados pela experiência prévia e pelas normas sociais e culturais (Portillo & Paes, 2000). A percepção ou a autoavaliação da saúde é um dos indicadores mais utilizados em pesquisas gerontológicas porque essa percepção prediz a mortalidade e o declínio funcional. O risco da mortalidade associado à pior percepção da saúde é mais alto do que o observado para diversas medidas objetivas da condição de saúde. A percepção de saúde tem sido utilizada para examinar tendências nas condições de saúde da população idosa no Canadá, Estados Unidos e, mais recentemente, no Brasil (Government of Canada, 2001; NCHS, 2005; Lima-Costa et.al., 2007).

No que diz respeito à percepção de saúde bucal, destaca-se que as noções de saúde/doença são concebidas por cada indivíduo de acordo com seu próprio critério, podendo refletir tanto suas experiências anteriores com cuidados dentários

quanto suas expectativas de saúde bucal relativas a algum grupo de referência (UNFER & SALIBA, 2000).

Kotter-Grühn et.al. (2009) perceberam que a autopercepção tende a se tornar negativa com o avanço da idade e proximidade da morte. Concomitantemente, as mudanças positivas na percepção do envelhecimento estão associadas a um menor risco de morte. No entanto, Leinonen et.al. (1998), ao acompanharem idosos finlandeses durante cinco anos, não notaram diferença estatisticamente significativa no que concerne à autopercepção em saúde.

Alves & Rodrigues (2005), em seu estudo transversal onde participaram 2135 idosos, mostram que os determinantes relacionados à autopercepção de saúde são: o sexo, sendo que a mulher autoavalia melhor a sua saúde em relação ao homem e o arranjo familiar, no qual o indivíduo que vive sozinho vê positivamente a saúde. Outros fatores essenciais para uma autoavaliação positiva foram a capacidade funcional; a renda e um menor número de doenças crônicas.

Matos & Lima-Costa (2006), ao avaliarem a autopercepção em saúde bucal de adultos e idosos na região sudeste do Brasil, a partir do levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal realizado em 2003, perceberam que a renda domiciliar per capita e a percepção da não necessidade de tratamento odontológico estão relacionadas à melhor autoavaliação em adultos e idosos. A presença de 1 a 19 dentes também se mostra relacionada e associada significativa e negativamente na autoavaliação dos idosos.

Kim & Moen (2002) reiteram que há melhora na percepção de saúde quando há transição no papel social do idoso, ou seja, se há mudança desse indivíduo em relação a sua posição no mercado de trabalho. Kleinspehn-Ammerlahn et.al. (2008) confirmam que há mudança de percepção sobre o envelhecimento, sendo que um maior índice de avaliação positiva está presente nos homens, em idosos com um menor número de doenças, pessoas com maior suporte social e com maior nível de função cognitiva. Reforça também que as mudanças na autopercepção podem ser melhor elucidadas através da análise de potenciais indicadores de resiliência desses indivíduos.

De acordo com Esmeriz et.al. (2012), fatores psicológicos, sociais, econômicos e individuais podem explicar, parcialmente, as diferenças nas percepções de saúde de pessoas que apresentam as mesmas condições clínicas. Revela, simultaneamente, que os idosos que utilizam unidades de saúde da família

apresentam dificuldade em perceber suas reais condições clínicas de saúde e que os idosos com até 20 dentes têm uma boa percepção de sua saúde bucal, bem como o estudo de Jones et.al. (2003) que diz que há uma melhor percepção de saúde bucal quanto maior o número de remanescentes dentários.

De acordo com a literatura, indivíduos com sintomas depressivos veem precariamente a sua saúde bucal, tendo uma percepção alterada e distorcida do real quadro clínico que se apresenta (SANCHÉZ-GARCIA et.al., 2010). Em seu estudo qualitativo, Borreani et.al. (2010), afirmam que uma boa percepção de saúde bucal está relacionada à presença de dentes naturais, ausência de dor, mastigação, capacidade de falar e de sorrir. Outros aspectos apontados são a frequência de visitas ao dentista bem como o vínculo estabelecido entre os profissionais e os idosos e o histórico de saúde bucal desses.

Tsakos et.al. (2011) afirmam que o edentulismo é uma medida de saúde bucal que reflete o acúmulo de doença e o acesso ao serviço de saúde ao longo da vida. Quando ocorrem perdas dentárias, os idosos precisam se adaptar a esse novo quadro clínico, e, conseqüentemente, há mudanças nas percepções e nas expectativas relacionadas à saúde bucal.

2.4 RESILIÊNCIA

Resiliência psicológica significa a capacidade de adaptação e de restauração do equilíbrio diante de fatores estressantes. A falta de uma medida para definir quem é resiliente ou tem capacidade para, bem como o limitado aporte teórico sobre o tema, levaram as autoras a desenvolver tal escala (WAGNILD & YOUNG, 1993). A escala de resiliência psicológica, elaborada por Wagnild & Young em 1993, se baseou, no entanto, em dois aspectos: o estudo realizado pelas autoras em 1987 e a revisão de literatura sobre o tema. O estudo qualitativo foi realizado em 1987 com 24 mulheres que se adaptaram com sucesso às adversidades da vida, no qual suas narrativas compuseram os cinco fundamentos que sustentam o aporte teórico da escala: perseverança (capacidade de persistir diante das adversidades), autoconfiança (reconhecimento da capacidade e força pessoais capazes de guiar as ações), sentido de vida (é o reconhecimento que a vida tem um propósito e que há motivo para viver), autossuficiência (percepção de que cada indivíduo é único e que há experiências para serem compartilhadas e outras para serem vividas sozinhas) e serenidade (é o equilíbrio entre a perspectiva de vida e as experiências vividas).

Após a análise de conteúdo dos cinco componentes, os mesmos foram agrupados em dois tópicos: competência pessoal e aceitação de si e da vida. Através desses dois componentes, percebe-se que a escala possui validade de conteúdo, pois reflete os mais variados conceitos sobre resiliência encontrados na literatura (WAGNILD & YOUNG, 1990,1993).

No entanto, Windle et.al. (2011), ao avaliarem a capacidade de mensuração de diferentes escalas de resiliência, criticam Wagnild alegando ausência das definições de resiliência e imprecisão nos itens da mesma. Apesar dessas críticas, os autores exaltam seus pontos positivos: a validade do conteúdo e a validade do construto possuem as pontuações mais altas entre as 15 escalas analisadas e é a escala que possui a maior capacidade de aplicação, podendo ser usada em adolescentes, adultos e idosos.

Nesse contexto, resiliência, do ponto de vista psicológico, está associada a diferentes recursos pessoais, que levariam a comportamentos adaptativos, atuando como fatores protetores diante da adversidade (RUTTER, 1987). Também está associada à satisfação com a vida, ao manejo de estresse, aos baixos níveis de depressão, à melhor saúde e aos comportamentos promotores de saúde (WAGNILD, 2003). No modelo *life-span*, a resiliência é influenciada por específicas coortes e estágios ao longo da vida. Nesse sentido, a pobreza é experimentada como uma adversidade cumulativa ao longo da vida, enquanto a doença e a perda de familiares são experimentadas como adversidades na velhice.

Wagnild (2009) avalia diversos artigos que utilizaram a Escala de Resiliência, bem como suas associações com distintas variáveis em amostras de faixas etárias variadas. O seu estudo mostra que em idosos, a resiliência é um mecanismo para compensar as perdas, a incapacidade funcional e as morbidades que acometem essa faixa etária. Relata também que, embora o potencial de resiliência seja baixo em eventos estressores, é capaz de manter os níveis de bem-estar subjetivo. Cita a associação dessa com idade, sexo, estado de saúde e hábitos saudáveis, sendo que as mulheres apresentam pontuações menores na escala. Essa relação não foi encontrada em outros estudos. Reforça que há correlações positivas entre o ser resiliente e o estado de bem-estar, propósito na vida, senso de coerência, moral e perdão. A resiliência está inversamente associada ao estresse, depressão, ansiedade e falta de esperança. Conclui reiterando a necessidade da realização de estudos longitudinais que avaliem as possíveis mudanças do ser resiliente ao longo

da vida. Nota-se, então, que a resiliência não pode ser considerada um atributo, mas um processo que admite variabilidade e diz respeito às variações individuais, em um sentido positivo, em resposta ao risco. Não se trata de caracterizar a resiliência como um atributo fixo da pessoa. O mesmo indivíduo pode reagir bem ao risco em certo momento da vida e, em outro, não conseguir fazê-lo, obtendo, desse modo, resultados negativos. O bem-estar psicológico, por estar alicerçado no desenvolvimento de dimensões constitutivas da personalidade e da saúde mental, ultrapassa o sentido de uma “variável estado” oferece um construto útil à compreensão do processo de resiliência (Rutter, 1987; Couto, 2010).

Wiles et.al. (2012) exploram as experiências e os entendimentos de 171 idosos sobre o “envelhecer resiliente”. A amostra é residente de duas comunidades na Nova Zelândia e foi selecionada devido a suas características sociodemográficas: área com elevado índice de pobreza e desemprego, desvantagem socioeconômica, mas com grande diversidade cultural e muitos idosos vivendo há muito tempo nas comunidades. A análise dos discursos foi dividida em dois tempos: avaliar resiliência como uma característica individual e, em um segundo momento, compreender a resiliência inserida em um contexto social. No que concerne à primeira etapa, os idosos atribuem o “estar resiliente” a ter atitudes corretas e positivas, associando-as ao envelhecimento saudável. Destacam a importância de ter um propósito na vida, se manter ocupado e interagir com as pessoas como aspectos-chave para se “estar resiliente”. Referente aos aspectos externos, os idosos revelam que o suporte social (interação com família, amigos e comunidade) aliado aos aspectos socioculturais e às expectativas de vida são os pontos principais que fundamentam a resiliência.

Wells (2010), ao avaliar o grau de resiliência em idosos residentes das áreas rural, urbana e suburbana, encontra um alto potencial de resiliência, porém, não há diferença desses potenciais em relação à localização geográfica. Na análise multivariada, não encontra associação entre resiliência e fatores sociodemográficos, apenas com renda, onde pessoas com maior nível econômico têm índices menores de resiliência, e retifica que esse resultado não é corroborado pela literatura.

Em sua revisão de literatura sobre o tema, Wu et.al. (2013) reforçam a influência de fatores genéticos, epigenéticos, psicossociais e neuroquímicos como essenciais para o desenvolvimento da resiliência. Citam artigos que comprovam a contribuição dos fatores genéticos na resiliência diante de situações de trauma e de estresse. Todavia, ressalta que o papel da genética deve ser visto com parcimônia

quando se trata de resiliência, e antecipa que as terapias genética e medicamentosa podem desenvolver perfis com baixo potencial de resiliência. Outro ponto crucial para o entendimento são as condições ambientais ao longo da vida, comprovado por diversos estudos longitudinais que acompanharam crianças até a idade adulta, e indicam que um ambiente amoroso e acolhedor, bom relacionamento com os pais e seus pares, evitar eventos traumáticos, evitar comportamentos precoces (gravidez na adolescência, por exemplo) ajudam na transição da infância à vida adulta e aumenta o potencial de resiliência, fazendo com que o indivíduo tenha uma melhor e mais rápida resposta adaptativa e menor suscetibilidade ao estresse.

Em sua revisão sistemática, Van Kessel (2013) sumarizou estudos sobre resiliência na população idosa, a fim de transferir o conhecimento encontrado nos artigos para a prática, através da implementação de práticas de saúde que fortaleçam a resiliência nessa faixa etária. Foram analisados 19 estudos qualitativos e 23 estudos quantitativos. No que diz respeito aos estudos qualitativos, os resultados mostram que a abordagem teórica encontrada nos artigos se baseia nos cinco fundamentos teóricos de WAGNILD & YOUNG (1993), mas também trazem novos conceitos que foram categorizados em fatores individuais e fatores externos. As novas temáticas encontradas, referentes aos fatores individuais, estão relacionadas, principalmente, à espiritualidade, seguido de perspectivas para o futuro tais como a generatividade, a experiência de vida diante das adversidades, o cuidado com os outros e a capacidade de doação. Os fatores externos se concentram, basicamente, na disponibilidade do apoio social da comunidade. Outros fatores que influenciam na experiência de resiliência dos idosos são a capacidade de acessar os serviços de saúde, as responsabilidades sociais e a otimização/capacidade dos recursos disponíveis.

Em relação aos estudos quantitativos encontrados na revisão de Van Kessel (2013), vê-se que os artigos mensuram a resiliência utilizando diferentes escalas, procurando estabelecer relações com outros fatores, como autopercepção em saúde, saúde geral, mental e bucal, capacidade de resolução dos problemas, suporte social, dentre outros. Esses estudos mostram que o manejo das emoções e dos problemas influenciam na capacidade de enfrentamento das adversidades na população idosa. Encontra discrepâncias na mensuração do potencial de resiliência, devido ao uso de diferentes escalas usadas nos estudos e, conseqüentemente, devido aos diferentes construtos que compõem as mesmas. Alguns construtos

consideram a resiliência um conceito estático, permanente, enquanto outras escalas entendem a resiliência como uma característica pessoal, passível de mudança ao longo do tempo. No entanto, aponta que a maioria dos idosos apresenta moderado potencial de resiliência. Conclui reforçando a importância da compreensão do construto e da mensuração da resiliência de acordo com o objetivo de cada estudo e sugere a incorporação de novos conceitos no aporte teórico da resiliência. Aponta para o entendimento nebuloso sobre a associação da resiliência com outras características, tais como sexo, idade, classe social, renda, escolaridade, localização geográfica, propondo sua elucidação em estudos futuros.

Martins et.al. (2011) mostram que, em uma análise multivariada, viver na zona rural, ter maior renda e não reportar dificuldade para se alimentar foram significantes em relação a uma boa percepção de saúde bucal. A razão de prevalência para um indivíduo que tem alto grau de resiliência associada a uma percepção positiva de saúde bucal foi de 1,18, ou seja, os idosos que se mostram com um grau de resiliência mais elevado têm prevalência 18% maior de perceber sua saúde bucal como boa. Martins et.al. (2011) reiteram ainda a necessidade de retomar essa abordagem através de um estudo prospectivo, a fim de auxiliar a compreensão das mudanças, sejam essas de saúde ou no grau de resiliência, dessa população.

Portanto, explorar as ações entre os mecanismos de proteção e a resiliência em idosos, entre elas a influência da rede de apoio e dos efeitos de bem-estar psicológico do idoso quando deparado com alguma dificuldade, é fundamental para os estudos sobre qualidade de vida. Estudos mostram que fatores estressores (como depressão, desemprego, estresse crônico, discriminação e violência) podem contribuir para uma autopercepção ruim de saúde bucal e que recursos sociais (religiosidade e bom convívio com a comunidade, por exemplo) podem melhorar essa avaliação (JAMIESON et al., 2011) . Percebe-se também que pessoas com menor potencial de resiliência tendem a fortalecer associação com eventos negativos (ARMSTRONG et al., 2011), dentre eles a autopercepção negativa de saúde bucal. Há escassez de estudos de resiliência no grupo etário acima de 60 anos, sendo essa etapa da vida um período promissor para a investigação de mecanismos de resiliência e de condições de saúde, dentre essas, a percepção em saúde (Couto, 2007).

3 OBJETIVO

Diante do exposto, o atual estudo teve como objetivo descrever as dinâmicas de mudança de autopercepção relacionada à saúde bucal (melhora e piora) e avaliar os fatores determinantes destas mudanças em idosos do sul do Brasil.

4 MANUSCRITO

A ser submetido ao Gerodontology

PÁGINA DO TÍTULO**Título: Resiliência e percepção de saúde bucal em idosos****Andressa da Silveira Bez*****Aline Blaya Martins*****Luísa Helena do Nascimento Tôrres******Fernando Neves Hugo*******Juliana Balbinot Hilgert***

*Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

** Universidade Estadual de Campinas

*** Centro de Pesquisas em Odontologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Correspondência para: Andressa da Silveira Bez, Rua Ramiro Barcelos, 2492. Bairro Santa Cecília, Porto Alegre, RS, CEP 92425-900, Brasil.

Telefone/Fax: +55 (0) 51 33085015

E-mail: andressabez@yahoo.com

ABSTRACT

Background: The existing relation between change of oral health perception and resilience is insufficient in the literature. **The objective:** The aim of this study was to describe the dynamics of self-perception's change related to the oral health (improvement and decline) and to evaluate the determinants of these changes in older people of the southern of Brazil. **Materials and Methods:** A representative sample of 587 people aged 60 years or more, living in Carlos Barbosa, RS, was evaluated in 2008. The follow-up was made in 2012 and 389 older people were evaluated. The participants answered an oral health and socio-demographic questionnaire, the Resilience Scale, and took an oral health exam. The change of self-perception related to the oral health was categorized as decrement, stability and increment between 2008 and 2012. In order to analyze the factors associated with the changes in the perception related to the oral health in independent living older people it was used a hierarchical analysis, made through multinomial regression. **Results:** Access to the oral services (OR=3.28, CI=1.05-10.22) and co-morbidities (OR=5.43, CI=1.17-25.18) were associated with improvement, income (OR=1.89, CI=1.00-3.57) and resilience (OR=7.70, CI=0.97-61.02) was associated with the decline in the self-perception related to the oral health. **Conclusion:** It is concluded that there is a relation between the ideas of flexibility and adjustment inserted in the concept of the resilience, in other words, moderate potential of resilience implies a worse in the self-perceived oral health of the older people.

Key-words: older people, longitudinal studies, psychological resilience, self-perception of oral health.

INTRODUÇÃO

A autopercepção de saúde é uma medida em saúde frequentemente utilizada como desfecho na literatura e sumariza o estado geral de saúde do indivíduo, pois representa o construto que cada pessoa tem sobre a sua própria saúde (1). A autopercepção positiva de saúde na população idosa é vista como um indicador de envelhecimento saudável e fortalece os processos de autoaceitação e de autorregulação do indivíduo, além de aumentar os níveis de interação social, de autoestima e de bem-estar (2). Em relação à saúde bucal, o ambiente, as atitudes e os pensamentos podem influenciar na percepção de saúde bucal (3). As mensurações de saúde bucal são historicamente derivadas de modelos embasados em agravos prevalentes de saúde bucal. Todavia, entre os idosos, os aspectos subjetivos precisam ser avaliados por dois motivos: primeiramente, porque são apontados como melhores preditores de desfechos relacionados com saúde e segundo porque podem exercer influência sobre a percepção de saúde bucal, uma vez que a saúde pode repercutir negativamente sob aspectos psicossociais (4).

Dentre os aspectos psicossociais referentes ao envelhecimento, há a resiliência. A resiliência é um construto multidimensional e pode ser entendida sob diferentes óticas: pode ser vista como uma característica individual, um processo ou um resultado (5). Independente da ótica adotada, sabe-se que é caracterizada pela capacidade do ser humano responder às demandas da vida cotidiana de forma positiva, apesar das adversidades que enfrenta ao longo do seu ciclo vital de desenvolvimento, resultando na combinação entre os atributos do indivíduo e de seu ambiente familiar, social e cultural (6). Dessa forma, a resiliência está intrinsecamente relacionada à saúde mental e à capacidade funcional na população

idosa, exercendo papel protetor mesmo que o indivíduo apresente desfechos negativos de saúde (7).

Em relação à saúde bucal, embora dados do SBBrasil tenham mostrado melhoras nas condições de saúde da população brasileira em 2010, observou-se que a situação de saúde bucal da população idosa continua precária (SB Brasil, 2010) (8). No entanto, outros estudos mostram que, apesar do extenso quadro de perdas dentárias e da larga necessidade por próteses odontológicas, a maioria dos idosos percebe a sua saúde bucal como boa. O primeiro acompanhamento da coorte, realizado em 2008, ao avaliar a associação da autopercepção positiva de saúde bucal com a resiliência, mostra que, apesar da condição bucal desfavorável, a autopercepção é boa, sendo que uma das hipóteses geradas na compreensão de tal paradoxo é a de que a resiliência module a percepção de saúde bucal (8).

Nota-se que há poucas investigações sobre resiliência em idosos que consideram a saúde bucal como um fator modificador ou predisponente para o “ser resiliente”. Ao avaliar autopercepção positiva de saúde bucal, vê-se que idosos com alto potencial de resiliência avaliam sua saúde bucal de forma mais favorável, mesmo que a condição sua saúde bucal seja desfavorável (8). A partir desse achado, vê-se a necessidade de descrever as dinâmicas de mudança de autopercepção relacionada à saúde bucal (melhora e piora) e avaliar os fatores determinantes destas mudanças em idosos do sul do Brasil.

Deste modo, esse estudo é pioneiro na investigação longitudinal sobre a relação entre resiliência e autopercepção de saúde bucal. Para tanto, foi realizado um acompanhamento dos idosos que foram avaliados no estudo citado anteriormente, com o propósito de investigar possíveis mudanças na autopercepção relacionada à saúde bucal e constatar se a resiliência atua como um possível fator

causal nessa interação. Assim, supõe-se que a resiliência pode influenciar na mudança de autopercepção de saúde bucal, independentemente de fatores relacionados à saúde bucal.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esse estudo se caracteriza por ser um estudo de coorte prospectivo.

População e amostra

Linha de base (2004)

Em 2004, foi realizada uma pesquisa que teve como objetivo avaliar a condição de saúde bucal e sua relação com fatores sociodemográficos, comportamentais e psicológicos de uma amostra de idosos independentes de Carlos Barbosa, RS. A representatividade dos participantes foi verificada a partir de dados sociais e demográficos da população de idosos de Carlos Barbosa. Não houve diferença significativa em relação à idade, sexo, estado civil e localização geográfica da residência entre os participantes do estudo e da população de pessoas de 60 anos ou mais de idade de Carlos Barbosa. Para maiores detalhes, ver Hilgert (2009) (9).

Primeiro acompanhamento (2008)

Em 2008, foi realizado o primeiro acompanhamento da coorte de 2004 e a primeira mensuração da resiliência nos idosos de Carlos Barbosa. Portanto, nesse

estudo mensura-se as variações de percepção de saúde bucal e seus possíveis determinantes entre os anos de 2008 e 2012.

Segundo acompanhamento (2012)

Em 2012, foi realizado o segundo acompanhamento da coorte de 2004. Da linha de base para 2008, houve uma redução de 33,8% da amostra, contando a mesma com 587 idosos na época.

Os participantes da linha de base, e do primeiro acompanhamento, de 2008, foram novamente convidados a participar do estudo durante o ano de 2012. Participantes da linha de base que se mudaram da cidade, que passaram a residir em instituição de longa permanência, estavam hospitalizados, os que foram incapazes de responder ao questionário ou que não conseguiram se deslocar foram excluídos do estudo. Os falecimentos dos participantes da linha de base foram registrados para fins de análise de perdas durante o seguimento. Foram avaliados no seguimento de 2012, 389 indivíduos idosos (Figura I). E, para este estudo, especificamente, a amostra final foi de 343 idosos.

Medidas

Medidas da linha de base

A coleta de dados compreendeu entrevistas conduzidas nas casas dos participantes ou em associações de bairro. Inicialmente, os participantes foram informados sobre os objetivos e os procedimentos do estudo e foram solicitados a assinar um termo de consentimento livre e esclarecido. Os responsáveis leram todas as questões em voz alta e registraram as respostas fornecidas pelos participantes

em questionários padronizados. Após a finalização dos questionários, foram realizados os exames bucais.

Os exames bucais foram realizados em consultórios dentários localizados nas unidades básicas de saúde do município. Todos os exames foram realizados por dois examinadores experientes e previamente treinados.

Variáveis sociodemográficas, comportamentais, história médica e odontológica

As informações sociodemográficas e de comportamento incluíram idade (em anos, para fins de análise foram categorizadas por quartis), sexo, localização do domicílio (zona urbana ou zona rural) e estado civil (casado, divorciado, viúvo e solteiro, categorizado em casado ou não-casado). A resiliência foi medida através da Escala de Resiliência (WAGNILD & YOUNG, 1993) que é composta por 25 questões categorizadas em escala Likert, com resposta graduadas de 1 a 7, sendo 1 “discordo fortemente”, 2 “discordo em grande parte”, 3 “discordo parcialmente”, 4 “não concordo nem discordo”, 5 “concordo parcialmente”, 6 “concordo em grande parte” e 7 “concordo plenamente”. Nesse estudo, o potencial de resiliência analisado refere-se ao ano de 2008. Outros aspectos analisados foram comorbidades (avaliada através de autorrelato e categorizado em ≤ 2 comorbidades, > 2 comorbidades), escolaridade (em anos, categorizada em < 4 anos ou ≥ 4 anos de estudo), renda mensal pessoal (em salários mínimos, categorizadas em ≤ 1 salário mínimo ou > 1 salário mínimo) e participação em grupos de terceira idade (categorizado em sim ou não). Frequência de escovação dental (mensurada através de autorrelato e categorizada em “até uma vez por dia” e “duas vezes ou mais por dia”), tabagismo (fumante de cigarros no período em que foi realizada a coleta de dados, categorizado em sim ou não), uso de álcool (bebe atualmente, categorizado em sim

ou não), mudança de dieta (categorizado em “sim” ou “não”) e uso do serviço odontológico (categorizado em “nunca”, “quando tem problema” e “regularmente”). Número de dentes (medido através do CPO-D, categorizado em “0 dentes”, “1-19 dentes” e “mais de 20 dentes”) e perda dentária (categorizada em “edêntulo”, “perdeu dentes”, “não perdeu dentes”)

Avaliação de resiliência

Essa escala foi desenvolvida por Wagnild & Young em 1993 (10) e foi validada para o idioma Português Brasileiro por Pesce et al. em 2005 (11) e permite medir a capacidade de recuperação e manutenção do comportamento adaptativo do indivíduo diante de um evento estressante. Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência. Conforme Wagnild (2009) (12), escores abaixo de 120 pontos correspondem a baixo potencial de resiliência, escores de 121 a 145 indicam moderado potencial de resiliência e pontuação acima de 145 significa um alto potencial de resiliência.

A escala tem 25 itens agrupados em três fatores: o primeiro indica resolução de ações e valores (que dão sentido à vida, tais como: amizades, aceitação pessoal e significado da vida), o segundo relativo à independência e à determinação, e o terceiro composto por itens que representam a autoconfiança e a capacidade de adaptação a situações (11).

Avaliação de autopercepção relacionada à saúde bucal

A autopercepção da saúde bucal foi avaliada através da seguinte questão: “Como o senhor avalia a sua saúde bucal?”. A questão foi respondida através de uma escala tipo Likert com cinco opções que variam de “excelente” até “ruim”. As

respostas “excelente”, “muito boa” e “boa” foram categorizadas como “boa” e as respostas “razoável” e “ruim” foram categorizadas como “ruim”.

Exame bucal

O estado dental foi avaliado utilizando o índice CPO-D, de acordo com os critérios da Organização Mundial da Saúde (13). Os números de dentes cariados, perdidos e obturados foram registrados para todos os dentes. A soma de dentes classificados como P (perdidos devido à cárie, periodontite ou outras razões) foi utilizada para calcular o número de dentes perdidos por participante. O número de dentes foi categorizado em: maior ou igual a 20 dentes, 1-19 dentes e 0 dentes.

A presença de próteses foi registrada tanto para maxila quanto para mandíbula, conforme os Critérios da OMS (Organização Mundial de Saúde, 1999) (13) e categorizada em: prótese total removível, outros tipos de prótese, sem prótese.

Medida do seguimento

Foram realizadas entrevistas com questionário padronizado. Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e foram convidados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Em seguida os questionários foram aplicados pelos pesquisadores treinados. Os questionários foram realizados durante o ano de 2012.

Avaliação da autopercepção relacionada à saúde bucal

Para a avaliação da mudança da autopercepção relacionada à saúde bucal, houve uma categorização para quantificar as mudanças nas respostas da questão de autopercepção em saúde bucal:

1. A piora na autopercepção relacionada à saúde bucal foi definida como resposta negativa no seguimento em detrimento de uma resposta positiva na linha de base. Mudança na resposta de “boa” para “ruim” representou piora na autopercepção relacionada à saúde bucal.
2. A estabilidade na autopercepção relacionada à saúde bucal foi definida como a equivalência da resposta em “boa” ou “ruim” no seguimento e na linha de base.
3. A melhora na autopercepção relacionada à saúde bucal foi definida como resposta positiva no seguimento em detrimento de uma resposta negativa na linha de base. Mudança na resposta de “ruim” para “boa” representou melhora na autopercepção relacionada à saúde bucal.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram realizadas análises descritivas de todas as variáveis. As variáveis categóricas foram analisadas pelo teste qui-quadrado. A reprodutibilidade do CPO-D, entre e inter-examinadores, no início e durante o estudo foi realizada através do cálculo do Coeficiente Kappa de Cohen.

Foi realizada regressão logística multinomial para avaliar mudança de autopercepção de saúde bucal. Odds ratio (OR) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC) foram calculados para as variáveis de interesse. Todas as variáveis que tiveram associação com $p < 0,20$ e aquelas com importância clínico-

epidemiológica foram incluídas. As variáveis que não contribuíram estatisticamente para o modelo foram eliminadas e um novo modelo foi desenvolvido. A partir dessa comparação, um modelo totalmente ajustado foi encontrado (14). As análises foram realizadas no software para análise estatística SPSS 18.0.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi realizado após a aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Campinas (protocolo 017/2011) e parecer do Comitê de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande Sul e todos os participantes assinaram o termo de consentimento informado.

RESULTADOS

A média de idade da amostra estudada foi de 69,77 anos ($\pm 5,41$), 271 participantes eram do sexo feminino (68,4%), 279 (47,9%) tinham menos de 4 anos de estudo e 307 (52,1%) tinham renda de até um salário mínimo. Mais da metade da amostra era edêntula (53,9%), 40,2% tinham de 1 a 19 dentes e apenas 5,9% tinham 20 ou mais dentes e em relação ao escore de resiliência, 284 (57,6%) participantes apresentam moderado potencial de resiliência. Aproximadamente 22,0% dos indivíduos relatam piora, 48,0% permaneceram estáveis e 30,0% dos indivíduos relatam melhora na autopercepção relacionada à saúde bucal.

Na linha de base, o nível de concordância intra e inter-examinadores (Kappa) para o CPO-D, antes do estudo variou 0,97 e 1,00, respectivamente. O coeficiente Kappa intra e inter-examinadores para o CPO-D variou de 0,91 e 0,98 durante o estudo, respectivamente.

As frequências das variáveis independentes estimadas no estudo em relação à mudança de autopercepção de saúde bucal são mostradas na tabela 1. Resiliência ($p=0,053$), comorbidade ($p=0,030$) e acesso ao serviço odontológico ($p=0,001$) apresentam associação significativa com o desfecho.

Os resultados da análise hierárquica estão demonstrados na tabela 2. No primeiro bloco de análise, nenhuma variável manteve-se associada ao desfecho. No nível de determinantes primários de saúde bucal (segundo bloco), resiliência (p limítrofe) e menor renda (até um salário mínimo) estão relacionadas à piora de percepção de saúde bucal, respectivamente, sendo que um menor número de doenças (comorbidades) manteve-se relacionado à melhora. As variáveis renda, resiliência e comorbidades foram incluídas no modelo final totalmente ajustado.

Em relação aos fatores de comportamento de saúde bucal (terceiro bloco), não ocorre nenhuma associação entre as variáveis desse nível e o desfecho piora de autopercepção, no entanto, as variáveis frequência de escovação dental e acesso ao serviço odontológico associaram-se ao desfecho de melhora da percepção. A variável acesso ao serviço odontológico manteve-se significativa, sendo incluída, portanto, no modelo totalmente ajustado. A variável de estado de saúde bucal (quarto bloco), número de dentes foi estatisticamente significativa ao desfecho, mas veio a perder significância quando ajustada aos níveis precedentes.

No modelo hierárquico totalmente ajustado (tabela 3), acesso ao serviço odontológico (nunca) ($OR=3,28$, $IC=1,05-10,22$) e comorbidades (até duas doenças) ($OR=5,43$, $IC=1,17-25,18$) associaram-se significativamente com melhora na percepção de saúde bucal. Renda (até um salário) ($OR=1,89$, $IC=1,00-3,57$) manteve-se associada com o desfecho piora de percepção de saúde bucal.

Tal associação também é observada em relação à resiliência, embora a significância seja limítrofe ($p=0,053$). Observa-se uma razão de chances (OR) de 7,70 na variável “moderado potencial de resiliência” em relação às variáveis “alto potencial de resiliência” e “piora de autopercepção de saúde bucal” estando o IC de 95% compreendido entre os valores 0,97-61,02. Portanto, quem apresenta um moderado potencial de resiliência na amostra estudada, tem 7,70 vezes mais chance de piorar a sua percepção de saúde bucal comparado a quem tem um alto potencial de resiliência.

DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo de coorte sugerem que a mudança na autopercepção de saúde bucal sofre a influência de diversas variáveis que integram o modelo hierárquico proposto. O ineditismo diz respeito à avaliação da percepção de saúde bucal levando em consideração a resiliência como fator modificador da mesma. No estudo, nota-se que um grau moderado de resiliência aumenta a chance de piora na percepção, revelando que níveis mais baixos de resiliência predis põem desfechos negativos em saúde. Percebe-se também que a renda é um fator preditor na piora da percepção. É esperado que um baixo poder aquisitivo resulte em uma piora na percepção, visto que a renda é um indicador socioeconômico que reflete as iniquidades em saúde. Em contrapartida, ter poucas doenças e nunca ter acessado o serviço odontológico são fatores que influenciam a melhora na percepção, levando a crer que o não-acesso não é resultado, necessariamente, de uma boa condição de saúde bucal, mas, provavelmente, da ausência de dor e da aceitação de uma condição há tempo estabelecida. O fato de um menor número de comorbidades

provocar melhora na autopercepção pode reforçar uma boa avaliação de saúde geral que também é sentida na saúde bucal.

No presente estudo, percebe-se uma associação entre os indivíduos que apresentam menor potencial de resiliência e piora de percepção de saúde bucal, isto é, pessoas com moderado grau de resiliência veem negativamente a sua saúde bucal quando comparadas às pessoas com alto nível de resiliência. Nota-se uma diferença importante de percepção desses idosos, visto que, anteriormente, um elevado potencial de resiliência aumentava as chances de uma boa percepção de saúde bucal (8). É coerente, portanto, investigar as causas dessa mudança de autopercepção e de grau de resiliência dessa amostra, possibilitando um entendimento coeso sobre essa questão. É esperado que haja uma mudança em relação à resiliência, porque sabe-se que essa característica psicológica não é um componente estático do indivíduo, é um atributo que sofre maleabilidade ao longo do tempo em decorrência de fatores individuais e de fatores socioambientais, como comorbidades e renda, por exemplo. Conforme estudos longitudinais, há outros fatores que distinguem indivíduos que apresentam respostas evolutivas que revelam resiliência e que podem explicar, parcialmente, possíveis mudanças no potencial de resiliência, como temperamento afetivo e receptivo, melhor desenvolvimento intelectual, maior nível de autoestima, maior grau de autocontrole, famílias menos numerosas e com menos conflitos familiares (15,16). Como se pode constatar, há estudos que apontam mudanças no coeficiente de resiliência, todavia, essa mudança não leva em consideração fatores relacionados à saúde bucal (17,18). A resiliência, portanto, como fator causal de mudança de autopercepção é um fator inovador e que explica, em parte, a diferença encontrada em relação à autoavaliação em saúde bucal.

Outra evidência mostra que a resiliência psicológica está associada diretamente à inteligência emocional e aponta que pessoas resilientes apresentam uma fraca relação entre eventos desfavoráveis e níveis de estresse devido ao autoconhecimento, ao autocontrole, à expressão emocional e, principalmente, à autoestima (16), portanto, presume-se que pessoas com menores níveis de resiliência tendem a fortalecer a associação com eventos negativos, como relatado no estudo vigente. Há um achado que indica que ter baixos níveis de bem-estar emocional e social (quando considera ansiedade, resiliência, depressão e saúde mental), está associado a algum desfecho negativo de saúde bucal (capacidade de escovação, histórico de doença bucal e acesso restrito ao cuidado odontológico), apontando uma forte relação entre aspectos psicológicos e saúde bucal e destacando a complexidade dessa interação (19) que pode ser um pouco elucidada no presente artigo.

O estudo mostra que há associação entre menor renda e piora na autopercepção de saúde bucal, corroborando com outro estudo que mostra que indivíduos com menor nível socioeconômico tendem a ter percepções menos otimistas de saúde, sendo essas construídas pelo histórico e pelas perspectivas de saúde ao longo da vida (20). Há evidência de que há uma relação linear entre renda e autopercepção de saúde, ou seja, pessoas com baixo poder aquisitivo têm pior percepção de saúde quando comparado ao grupo de maior nível econômico, e essa relação se fortalece quando há disparidades na distribuição de renda. Essa percepção também é notada quando vista em nível macro, ou seja, quando se analisa países, percebe-se que as políticas de bem-estar social e as desigualdades na distribuição de renda influenciam na avaliação de saúde do indivíduo (21). Karlsdotter et al. (2012) (22) perceberam que um maior nível de escolaridade reduz

a probabilidade de uma autopercepção ruim de saúde bem como o acometimento de doenças crônicas. Todavia, percebe-se que a renda não interfere na autoavaliação de saúde, discordando, portanto, dos achados desse estudo. No entanto, outro achado corrobora a relação da renda com o desfecho, isto é, a má distribuição de renda está associada à pobre autopercepção de saúde e à má condição de saúde bucal na população idosa. O mesmo estudo reporta, porém, que o capital social atenua a associação entre renda e autopercepção, inferindo que comunidades que possuem um bom nível de capital social são capazes de estimular o comportamento saudável de seus indivíduos e melhorar o acesso aos serviços, resultando em melhores desfechos de saúde (23). Vê-se, então, que a autopercepção de saúde é um forte preditor de morbidade, de mortalidade e da utilização dos serviços de saúde.

Outro aspecto refere-se à não utilização do serviço odontológico como fator predisponente para melhoria de percepção de saúde bucal. Essa associação é perfeitamente compreensível, uma vez que o comportamento dos indivíduos em relação à saúde depende se se consideram suscetíveis a um determinado problema de saúde, se acreditam na gravidade das consequências desse problema e se acreditam que as ações de saúde disponíveis podem trazer-lhes benefícios. Dessa forma, a ausência de doença e/ou de sintomatologia dolorosa ou uma boa autoavaliação de saúde refletem na inexistência de necessidade de saúde, e, conseqüentemente, na não-utilização dos serviços. Em revisão de literatura sobre o assunto, o conceito de uso compreende todo contato direto com os serviços de saúde e é resultado da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. O uso dos serviços de saúde depende de fatores predisponentes, das necessidades de saúde

e de fatores contextuais, sendo que o uso efetivo e eficiente depende de fatores individuais e de fatores internos aos serviços de saúde que interferem na qualidade dos cuidados prestados. Relata que a experiência do usuário com os serviços e as informações que deles se dispõem, influenciam a forma como as pessoas percebem as dificuldades ou as facilidades para obterem os serviços de saúde de que necessitam e, portanto, o acesso aos mesmos (24). Isso também é percebido em outro estudo que mostra que as crenças, as percepções e as experiências negativas em relação ao serviço odontológico refletem no pouco ou no inexistente uso dos serviços de saúde bucal. Os idosos creem que ter saúde bucal significa ter dentes naturais, não ter dor, mastigar, sorrir, falar, interagir com as pessoas e ir ao dentista, embora acreditem que não há necessidade de ir ao profissional quando se é edêntulo, desconsiderando, assim, importantes fatores de risco que podem resultar em diversos agravos bucais. Outra causa para a não utilização é o alto custo do tratamento e, principalmente, o medo de ir ao dentista, ligado a experiências negativas de atendimento na infância, às práticas mutiladoras sofridas e à falta de vínculo com os profissionais (25). Dessa maneira, não usar o serviço odontológico evita a ocorrência de sentimentos negativos e de possíveis novos traumas.

O conceito de autopercepção de saúde inclui vários componentes relacionados ao estado de saúde, como a saúde física, mental, funcional e suporte social. Desse modo, qualquer alteração em um desses aspectos pode refletir em mudança na autoavaliação de saúde bucal. O presente estudo sustenta essa afirmação, pois aponta que ter até duas doenças é um fator positivo na avaliação de saúde bucal, isto é, idosos com poucas comorbidades apresentam tendência à melhora da autopercepção. A literatura afirma esse achado, pois mostra que idosos com maior número de comorbidades têm mais chances de ver negativamente a sua

saúde (26). Estudos reportam que a autopercepção negativa sobre a saúde está associada a uma maior prevalência de doenças, afirmando que a relação entre autopercepção de saúde e doenças crônicas e incapacidades possui sentido mútuo, ou seja, há uma retroalimentação entre autopercepção negativa e declínio da saúde, assim, entende-se a autopercepção como um indicador do estado de saúde atual que pode prever futuros agravos e limitações funcionais (27). A autopercepção de saúde bucal é um preditor para autopercepção de saúde, e, as doenças, as medicações, as limitações físicas contribuem para uma pobre avaliação da saúde bucal que se reflete em uma autoavaliação ruim de saúde geral (28). Como seria de se esperar, a autoavaliação da saúde bucal não está dissociada da saúde em geral, sofrendo a influência da presença de doenças sistêmicas e da saúde mental (29).

Evidências mostram que ter um menor nível de escolaridade, ser mulher, possuir depressão aumenta as chances de o indivíduo ter uma autoimagem negativa da saúde bucal (22, 30, 32), mas esta não interfere nas relações sociais (33). Há também investigação em que fatores odontológicos, como não precisar de prótese, por exemplo, interferem em ter uma aparência bucal desfavorável (34). Os achados acima não foram corroborados por este estudo, muito possivelmente devido ao fato, de serem estudos de corte transversal, além de não terem avaliado, a variável principal do nosso estudo, a resiliência.

A falta de associação entre algumas variáveis e o desfecho pode estar relacionada com a homogeneidade das características socioeconômicas dessa amostra. Além disso, a generalização dos resultados pode ser afetada por características da amostra, composta principalmente por brancos. Uma das dificuldades do desenho longitudinal é a possibilidade do não-seguimento, ou seja, da perda de sujeitos no decorrer do estudo. Nesse estudo, por ser uma coorte de

idosos, a perda amostral pode ser explicada em virtude de alguns eventos como o falecimento, a ocorrência de doenças que tornaram os indivíduos impossibilitados de participarem e a dificuldade de localização dos mesmos após quatro anos. O construto da resiliência também pode ser um fator limitador, visto que não aborda aspectos relacionados à “não-resiliência”. Além disso, ressalta-se o caráter longitudinal e inovador do estudo e a necessidade de mais estudos na área para que os resultados possam ser extrapolados e reproduzidos em outros contextos.

Assim, os achados desse estudo sugerem que moderados potenciais de resiliência são capazes de aumentar a incidência de um desfecho negativo, aqui representado pela piora na autopercepção de saúde bucal em uma amostra de idosos independentes da cidade de Carlos Barbosa, na região sul do Brasil. Estudos futuros são necessários para elucidar essa associação em diferentes grupos etários. Dessa forma, acredita-se que variáveis psicológicas, como a resiliência, entre outras, possam ser inseridas em novos estudos que se proponham a estabelecer dinâmicas de mudança em diversos desfechos de saúde bucal devido a mudanças nos potenciais de resiliência, bem como investigar a influência do estado de saúde bucal em possíveis alterações do perfil resiliente dos idosos.

REFERÊNCIAS

1. Persman, W et al. Gender, educational and age differences in meanings that underlie global self-rated. *International Journal of Public Health*, 2012; 57:513-523.
2. Kleinspehn-Ammerlahn et al. Self-perceptions of ageing: do subjective age and satisfaction with ageing change during old age? *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 2008; 63b, 6: 377-385.
3. Esmeriz, CEC et al. Self-perception of oral health in non-institutionalised elderly of Piracicaba city, Brazil. *Gerodontology*, 2012; 29:e281-e289.

4. Mesas, AE et al. Factors associated with negative self-perception of oral health among elderly people in a Brazilian community. *Gerodontology*, 2008; 25:49-56.
5. Lee, TY et al. Resilience as a positive youth development construct: a conceptual review. *The Scientific World Journal*, 2012; 12: 1-9.
6. Noronha, MGRCS et.al. Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família? *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009; 14 (2): 497-506.
7. Shen K, Zeng Y. The association between resilience and survival among Chinese elderly. *Demogr Res*, 2010; 23 (5): 105-116.
8. Martins, AB et al. Resilience and self-perceived oral health: a hierarchical approach. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2011; 59: 725-731.
9. Hilgert JB et al. Oral status and its association with obesity in Southern Brazilian people. *Gerodontology*, 2009; 26: 46-52.
10. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *J Nurs Meas*, 1993; 1 (2): 165-177.
11. Pesce, RP et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*, 2005; 21 (2): 436-448.
12. Wagnild, GM. A review of Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 2009; 17 (2): 105-113.
13. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Towards a common language for functioning, disability and health: ICF. Geneva: World Health Organization; 2002.
14. Hugo, FN et.al. Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian Elderly. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2007; 35:224-232.
15. Couto, MCPL. Fatores de risco e de proteção na promoção de resiliência no envelhecimento. 2007. 144f (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
16. Armstrong AR, Galligan RF, Critchley CR. Emotional intelligence and psychological resilience to negative life events. *Personality and Individual Differences*, 2011; 51: 331-336.
17. Ball, K et al. Cohort profile: The Resilience for Eating and Activity Despite Inequality (READY) study. *International Journal of Epidemiology*, 2012; Dec: 1-11.
18. Bonanno, GA et al. Trajectories of trauma symptoms and resilience in deployed US military service members: prospective cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 2012; 200: 317-323.

19. Jamieson, LM et al. Oral health and social and emotional well-being in a birth cohort of Aboriginal Australian young adults. *BMC Public Health*, 2011; 11: 656.
20. Barret, AE. Socioeconomic status and age identity: the role of dimensions of health in the subjective construction of age. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 2003; 58 (suppl 2): 101- 109.
21. Furnée CA, Pfann GA. Individual vulnerability and the nurturing state: the case of self-reported health and relative income. *Social Science & Medicine*, 2010; 71: 125-133.
22. Karlsdotter K, Martín JJM, González MPLA. Multilevel analysis of income, income inequalities and health in Spain. *Social Science & Medicine*, 2012; 74: 1099-1106.
23. Aida J et al. Income inequality, social capital and self-rated health and dental status in older Japanese. *Social Science & Medicine*, 2011; 73: 1561-1568.
24. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2004; 20 (supl 2): 190-198.
25. Borreani E et al. Informing the debate on oral health care for older people: a qualitative study of older's people views on oral health and oral health care. *Gerodontology*, 2010; 27: 11-18.
26. Darviri C et al. Lifestyle and self-rated health: a cross-sectional study of 3.601 citizens of Athens, Greece. *BMC Public Health*, 2011; 11: 619-627.
27. Bailis DS, Segall A, Chipperfield JG. Two views of self-rated general health status. *Social Science & Medicine*, 2003; 56: 203-217.
28. Benyamini Y, Leventhal H, Leventhal EA. Self-rated oral health as an independent predictor of self-rated general health, self-esteem and life satisfaction. *Social Science & Medicine*, 2004; 59:1109-1116.
29. Martins AMEDL, Barreto SM, Pordeus IA. Autoavaliação de saúde bucal em idosos com base em modelo multidimensional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2009; 25 (supl 2): 421-435.
30. Layas A, Asada Y, Kephart G. Whiners and deniers – What does self-rated health measure? *Social Science & Medicine*, 2012; 75: 1-9.
31. Prus, SG. Comparing social determinants of self-rated health across the United States and Canada. *Social Science & Medicine*, 2011; 73: 50-59.
32. Mesas AE, de Andrade SM, Cabrera MAS. Factors associated with negative self-perception of oral health among elderly people in a Brazilian community. *Gerodontology*, 2008, 25: 49-56.
33. Nunes CIP, Abegg C. Factors associated with oral health perception in older Brazilians. *Gerodontology*, 2008; 25: 42-48.

34. Pattussi MP et al. Self-rated oral health and associated factors in Brazilian elders. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2010; 38: 348-359.

AGRADECIMENTOS

Esse estudo foi fomentado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

TABELAS

Tabela 1. Descrição da amostra estudada de acordo com a mudança de auto percepção de saúde bucal (n=343)

Variável	Categoria	Piora N (%)	Estável N (%)	Melhora N (%)	N*	p
Idade (2008)	63 a 65 anos	23(30,7)	40(24,2)	22(21,4)	343	0,089
	66 a 68 anos	10(26,7)	31(18,8)	31(30,1)		
	69 a 73 anos	16(21,3)	51(30,9)	19(18,4)		
	74 a 87 anos	16(21,3)	43(26,1)	31(30,1)		
Sexo	Masculino	22(29,3)	55(33,3)	35(34,0)	343	0,781
	Feminino	53(70,7)	110(69,7)	68(66,0)		
Localização do domicílio	Urbana	44(58,7)	92(55,8)	50(48,5)	343	0,351
	Rural	31(41,3)	73(44,2)	53(51,5)		
Estado civil	Não-casado	23(31,1)	57(34,5)	31(30,4)	341	0,745
	Casado	51(68,9)	108(65,5)	71(69,6)		
Resiliência (2008)	Baixo potencial de resiliência	20(30,3)	47(34,1)	34(40,5)	288	0,053
	Moderado potencial de resiliência	45(68,2)	75(54,3)	45(53,6)		
	Alto potencial de resiliência	1(1,5)	16(11,6)	5(6,0)		
Comorbidades	Até 2 doenças	65(86,7)	145(89)	99(97,1)	340	0,030
	+ que 2 doenças	10(13,3)	18(11)	3(2,9)		
Escolaridade	Até 4 anos	35(48,6)	72(43,6)	45(43,7)	340	0,754
	> 4 anos	37(51,4)	93(56,4)	58(56,3)		
Renda	Até 1 salário	48(64,0)	80(48,5)	59(57,3)	343	0,065
	> que 1 salário	27(36,0)	85(51,5)	44(42,7)		
Participação em grupos de terceira idade	Sim	43(57,3)	107(66,0)	68(66,7)	339	0,359
	Não	32(42,7)	55(34,0)	34(33,3)		
Frequência de escovação dental	Uma vez ao dia ou menos	14(18,7)	23(13,9)	25(24,5)	342	0,092
	≥ 2x dia	61(81,3)	142(86,1)	77(75,5)		
Tabagismo	Não	71(94,7)	156(94,5)	100(97,1)	343	0,601
	Sim	4(5,3)	9(5,5)	3(2,9)		
Uso de álcool	Sim	44(58,7)	94(57,0)	58(56,9)	342	0,964
	Não	31(41,3)	71(43,0)	44(43,1)		
Mudança de dieta	Sim	22(29,3)	59(35,8)	35(34)	343	0,621
	Não	53(70,7)	106(64,2)	68(66)		
Uso do serviço odontológico	Nunca	19(25,3)	25(15,2)	36(36,4)	338	0,001
	Quando tem problema	43(57,3)	112(74,4)	55(55,6)		
	Regularmente	13(17,3)	17(10,4)	8(8,1)		
Número de dentes	0 dentes	36(48)	79(47,9)	57(55,3)	343	0,066
	1-19 dentes	29(38,7)	79(47,9)	38(36,9)		
	>20 dentes	10(13,3)	7(7,2)	8(7,8)		
Perda dentária nos últimos 4 anos	Edêntulo	36(48,6)	78(47,6)	58(56,9)	340	0,614
	Perdeu dentes	12(16,2)	31(18,9)	14(13,7)		
	Não perdeu dentes	26(35,1)	55(33,5)	30(29,4)		

*Número de indivíduos em cada categoria

Tabela 2. Análises univariadas - Mudança na auto percepção relacionada à saúde bucal

Variável	Categoria	Piora na auto percepção relacionada à saúde bucal		Melhora na auto percepção relacionada à saúde bucal	
		OR bruto (IC de 95%)	p	OR bruto (IC de 95%)	p
Idade	63 a 65 anos	1,54(0,71-3,33)	0,268	0,763 (0,38-1,53)	0,446
	66 a 68 anos	1,73(0,77-3,87)	0,179	1,38(0,70-2,73)	0,345
	69 a 73 anos	0,84(0,37-1,88)	0,677	0,51(0,25-1,04)	0,065
	74 a 87 anos	1		1	
Sexo	masculino	0,83(0,45-1,50)	0,539	1,02(0,61-1,73)	0,913
	feminino	1		1	
Localização do domicílio	urbana	1,12(0,64-1,95)	0,673	0,74(0,45-1,22)	0,250
	rural	1		1	
Estado civil	não-casado	0,85(0,47-1,53)	0,600	0,82(0,48-1,40)	0,483
	casado	1		1	
Resiliência	Baixo potencial de resiliência	6,80(0,84-54,87)	0,072	2,31(0,77-6,93)	0,134
	Moderado potencial de resiliência	9,60(1,23-74,85)	0,031	1,92(0,65-5,59)	0,232
	Alto potencial de resiliência	1		1	
Comorbidades	Até 2 doenças + que 2 doenças	0,80(0,35-1,84)	0,611	4,09(1,17-14,27)	0,027
		1		1	
Escolaridade	até 4 anos	1,22(0,70-2,12)	0,479	1,00(0,61-1,64)	0,993
	> 4 anos	1		1	
Renda	até 1 salário	1,88(1,07-3,31)	0,026	1,42(0,86-2,33)	0,162
	> que 1 salário	1		1	
Participação em grupos de terceira idade	Sim	0,69(0,39-1,21)	0,196	1,02(0,60-1,73)	0,918
	Não	1		1	
Frequência de escovação dental	uma vez ao dia ou menos	1,41(0,68-2,93)	0,349	2,00(1,06-3,76)	0,031
	≥ 2x dia	1		1	
Tabagismo	Não	1,02(0,30-3,43)	0,969	1,92(0,50-7,27)	0,335
	Sim	1		1	
Alcoolismo	Sim	1,07(0,61-1,86)	0,805	0,99(0,60-1,63)	0,986
	Não	1		1	
Mudança de dieta	Não	1,34(0,74-2,42)	0,330	1,08(0,64-1,81)	0,767
	Sim	1		1	
Acesso ao serviço odontológico	Nunca	0,99(0,39-2,53)	0,990	3,06(1,14-8,17)	0,026
	Quando tem problema	0,46(0,20-1,02)	0,461	0,95(0,39-2,35)	0,925
	Regularmente	1		1	
Número de dentes	0 dentes	0,031(0,11-0,90)	0,032	0,63(0,21-1,84)	0,400
	1-19 dentes		0,012	0,42(0,14-1,24)	0,118
	>20 dentes	0,25(0,08-0,73)		1	
Perda dentária nos últimos 4 anos	Edêntulo	0,97(0,53-1,79)	0,939	1,36(0,77-2,38)	0,278
	Perdeu dentes	0,81(0,36-1,84)	0,630	0,82(0,38-1,70)	0,632
	Não perdeu dentes	1		1	

Teste: Razão de verossimilhança

Tabela 3. Modelo hierárquico totalmente ajustado - Piora e melhora na autopercepção relacionada à saúde bucal

		Piora na autopercepção relacionada à saúde bucal		Melhora na autopercepção relacionada à saúde bucal	
		OR ajustado (IC95%)	p	OR ajustado (IC95%)	p
Acesso ao serviço odontológico	Nunca	0,88 (0,30-2,56)	0,825	3,28 (1,05-10,22)	0,040
	Quando tem problema	0,43 (0,17-1,07)	0,072	0,98 (0,34-2,80)	0,981
	Regularmente	1		1	
Comorbidades	Até 2 doenças	0,98 (0,37-2,55)	0,970	5,43 (1,17-25,18)	0,030
	Mais que 2 doenças	1		1	
Resiliência	Baixo potencial	5,58 (0,67-45,94)	0,110	2,44 (0,70-8,42)	0,158
	Moderado potencial	7,70 (0,97-61,02)	0,053	1,93 (0,58-6,44)	0,280
	Alto potencial	1		1	
Renda	=<1 salário mínimo	1,89 (1,00-3,57)	0,049	1,35 (0,75-2,45)	0,312
	>1 salário mínimo	1		1	

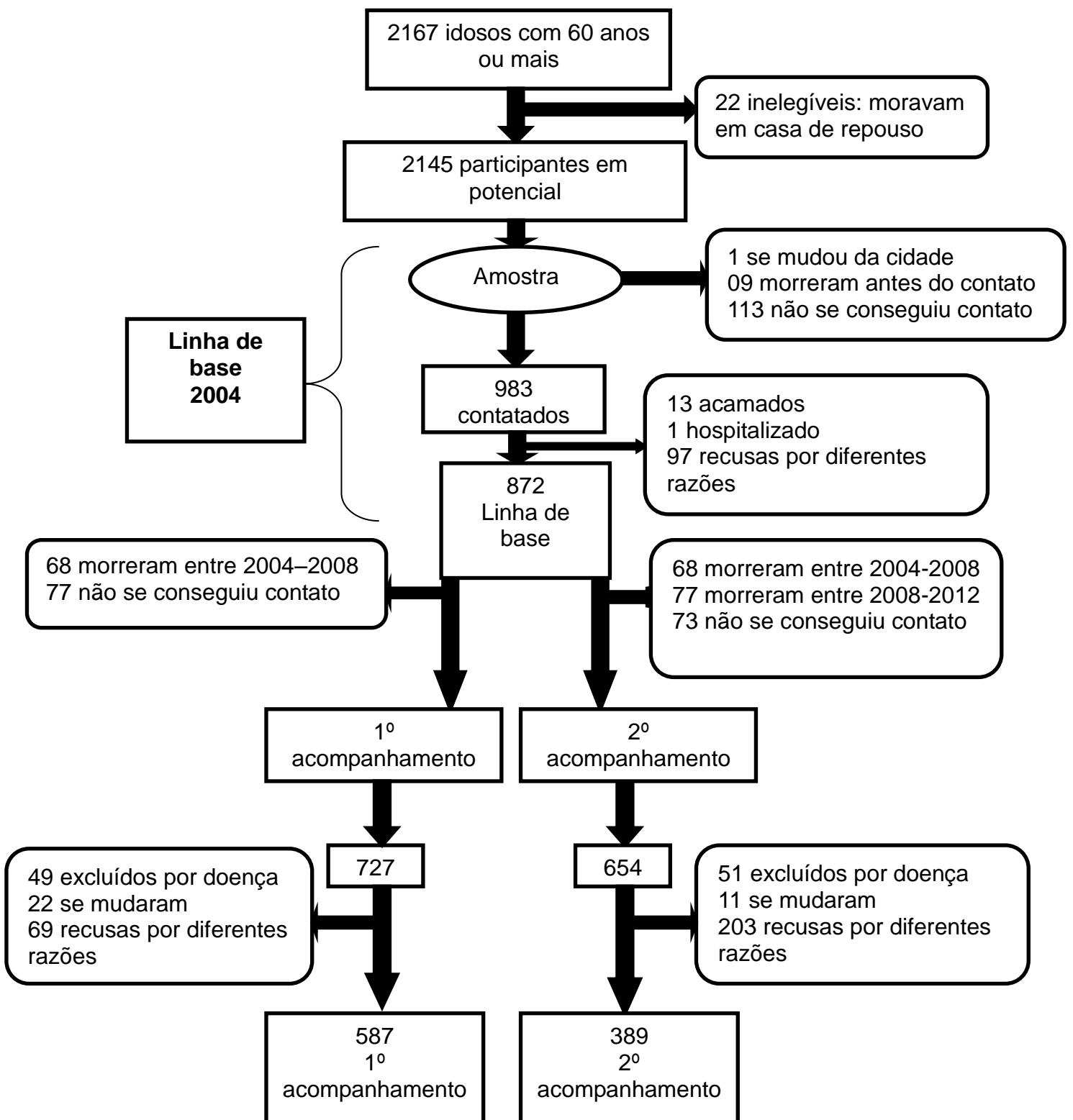


Figura 1: Fluxograma da amostra da coorte

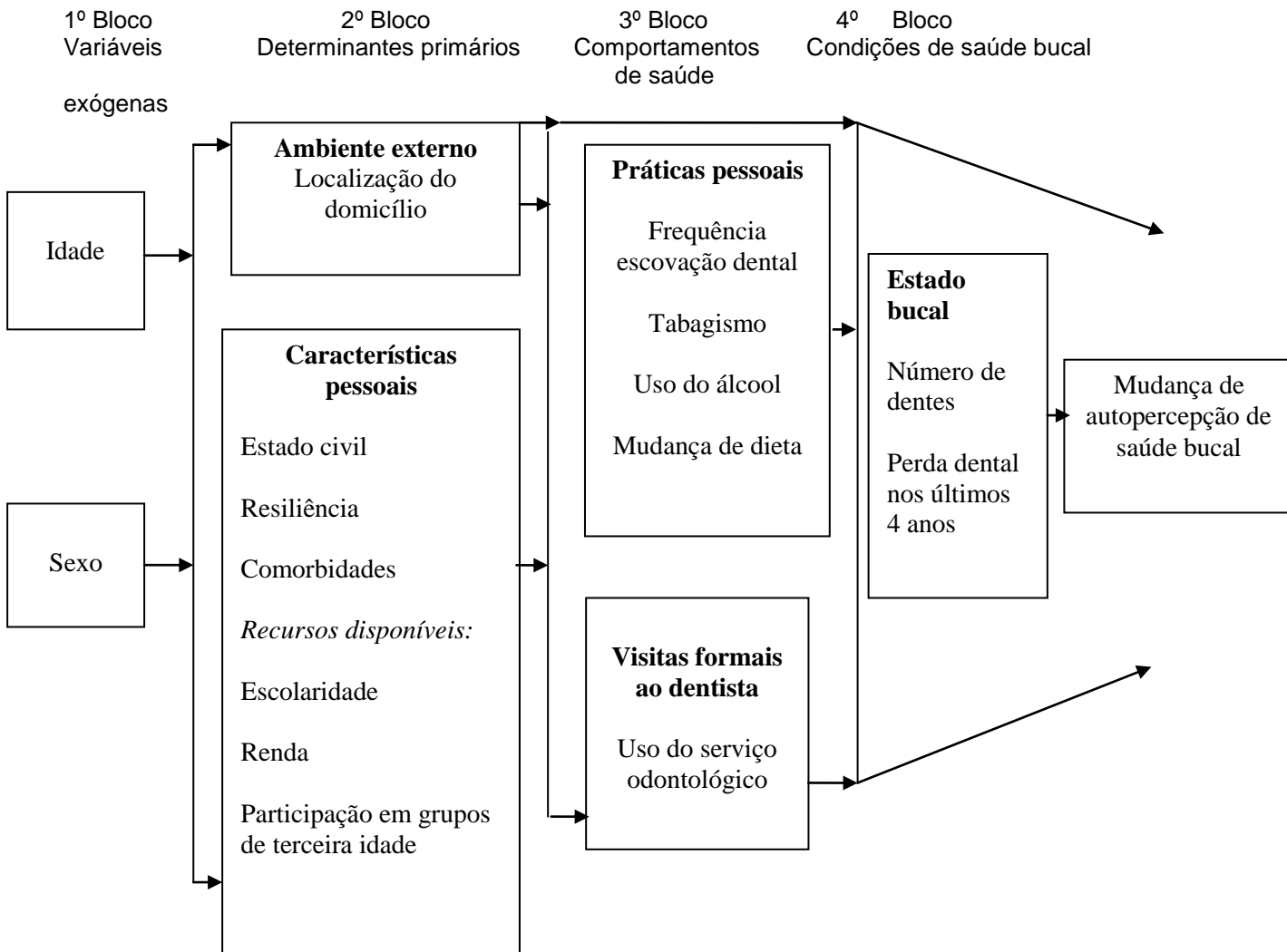


Figura 2. Modelo teórico conceitual

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi desenvolvido para descrever as dinâmicas de mudança de autopercepção relacionada à saúde bucal (melhora e piora) e avaliar os fatores determinantes destas mudanças em idosos do sul do Brasil. Após a análise totalmente ajustada, foi possível avaliar uma associação (ainda que limítrofe) entre a resiliência e a piora de percepção de saúde bucal, permitindo especular que há uma relação entre as ideias de flexibilidade e de adaptação inseridas no conceito da resiliência e a maneira como um indivíduo vê sua saúde bucal.

Na literatura não foram encontrados estudos que permitissem estabelecer comparações. Não há nenhum estudo que aborda a relação entre autopercepção de saúde bucal em idosos de modo longitudinal tendo a resiliência como fator causal dessa mudança, apenas um estudo que reforça a associação de comportamentos de saúde bucal com aspectos psicológicos em adultos jovens (JAMIESON et al., 2011). Desse modo, há necessidade de mais pesquisas nessa temática para ratificar os achados desse estudo.

Foi encontrada associação significativa da piora de autopercepção de saúde bucal com as variáveis resiliência e renda, concomitantemente, para o desfecho de melhora de autopercepção de saúde bucal, estabeleceu-se associação com as variáveis acesso ao serviço odontológico e comorbidades.

Houve associação entre possuir um grau moderado de resiliência e relatar piora na percepção de saúde bucal. Embora haja um crescimento de estudos sobre resiliência em idosos, não foi encontrada evidência que relatasse, longitudinalmente, a relação entre resiliência e o referido desfecho. Apenas Martins et al. (2011) avaliaram a associação entre resiliência e percepção positiva de saúde bucal, sendo esse a linha de base para o estudo vigente. Ao comparar os dois estudos, nota-se uma diferença no perfil de resiliência desses idosos, reforçando a necessidade de estudos futuros que esclareçam quais são os fatores que influenciam nessa mudança de perfil resiliente a fim de abreviar essa escassez literária.

Uma menor renda foi outro fator estatisticamente significativo com piora de percepção de saúde bucal. Esse dado é corroborado por outras evidências que mostram que pessoas com menor poder aquisitivo tendem a ver de maneira negativa a sua saúde, sendo essa visão reforçada por disparidades na distribuição de renda (BARRET, 2003; FURNÉE & PFANN, 2010). Esse fator é encontrado em

vários outros estudos e está fortemente associado à saúde mental e à autopercepção de saúde, incluindo a saúde bucal.

Não acessar o serviço odontológico está associado à melhora de percepção de saúde bucal, sendo totalmente compreensível essa relação, pois presume-se que o “não” acesso é devido à ausência de dor, à aceitação de uma condição há tempo estabelecida, mesmo que essa seja desfavorável, e às crenças, às percepções e a atendimentos anteriores mutiladores e traumáticos que recriam um quadro de dor e temor (BORREANI et al., 2010). Outro fator associado a esse desfecho é o menor número de comorbidades, ou seja, idosos com menos doenças apresentam melhora na avaliação de saúde bucal. Esse dado é amplamente alicerçado na literatura, visto que diversas evidências relatam que uma autoimagem negativa de saúde está associada a uma maior prevalência de doenças, sendo que a saúde bucal também é preditora de várias condições de saúde. Vê-se, então, que a saúde bucal não está dissociada da saúde geral, sofrendo influência de doenças sistêmicas e da saúde mental (BAILIS et al., 2003; BENYAMINI et al., 2004; MARTINS et al., 2009).

Conclui-se, então, que é recente a realização de estudos que investiguem resiliência e os mais diversos desfechos em saúde bucal, havendo, assim, a necessidade de mais pesquisas nessa temática. Recomenda-se também, outra percepção em relação à resiliência, ou seja, estudar as possíveis causas de mudança no perfil resiliente e se essa diferença é influenciada por fatores relacionados à saúde bucal.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq Neuropsiquiatr**, v.57, n.2-B, p. 421-426, 1999a.
- ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. **Int J Geriatr Psychiatry**, v.14, n.10, p.858-65; 1999b.
- ALVES LS; RODRIGUES, RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.17, n.5/6, p.333-41, 2005.
- ANSTEY, KJ et al. Cohort profile: the Dynamic Analyses to Optimize Ageing (DYNOPTA). **International Journal of Epidemiology**, n.39, p.44-51, 2010.
- BARCELOS-FERREIRA, R. et al. Clinical and sociodemographic factors in a sample of older subjects experiencing depressive symptoms. **Int J Geriatr Psychiatry**, n.27, p.924-930, 2012.
- BENYAMINI, Y; LEVENTHAL, H; LEVENTHAL, EA. Self-rated oral health as an independent predictor of self-rated general health, self-esteem and life satisfaction. **Social Science & Medicine**, n.59 p.1109-16, 2004.
- BORREANI, E; JONES, K; SCAMBLER, S; GALLAGHER, JE. Informing the debate on oral health care for older people: a qualitative study of older people's views on oral health and oral health care. **Gerodontology**, n. 27, p.11-18, 2010.
- BOTEV, N. Population ageing in Central and Eastern Europe and its demographic and social context. **Europe Journal of Ageing**, n. 9, p.69-79, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica** nº 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília DF, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília, DF, 2011.
- BULGARELLI, A.F.; MANÇO, A.R.X. Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p.1165-1174, 2008.
- COLUSSI, C.F.; FREITAS, S.F.T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.5, p.1313-1320, 2002.
- COQUEIRO, RS et al. Nutritional status, health conditions and socio-demographic factors in the elderly of Havana, Cuba: data from SABE Survey. **The Journal of Nutrition, Health and Ageing**, v.4, n.10, 2010.

COUTO, M.C.P.P. **Fatores de risco e de proteção na promoção de resiliência no envelhecimento**, 144f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

CUPERTINO, A.P.F.B.; ROSA, F.H.M.; RIBEIRO, P.C.C. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. **Psicologia: reflexão e crítica**, v.20, n.1, p.81-86, 2007.

DA SILVA, SR; CASTELLANOS FERNANDES, RA. Self-perception of oral health status by the elderly. **Revista de Saúde Pública**, n.35, p.349–55, 2001.

DATASUS. População Residente – Rio Grande do Sul. Município de Carlos Barbosa, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popRS.def> Acessado no dia 20/03/2012.

DYE, B et.al. Trends in oral health status: United States, 1988-1994 and 1999-2004. National Center for Health Statistics. **Vital Health Stat**, v.11, n.248, 2007.

ESMERIZ, CEC; MENEGHIM, MC; AMBROSANO, GMB. Self-perception of oral health in non-institutionalised elderly of Piracicaba city, Brazil. **Gerodontology**, n.29, p. e281–e289, 2012.

FINLAYSON, TL et al. Oral health disparities and psychological correlates of self-rated oral health in the National Survey of American Life. **American Journal of Public Health**, n.100, Sup: S246-S255, 2010.

GERRITSEN, A.E et al. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. **Health and quality of life outcomes**, v.8, n.126, 2010.

GOVERNMENT OF CANADA. National advisory council on aging. **Report card seniors in Canada**. Québec: Government of Canada; 2001.

GONZÁLEZ-GONZÁLEZ, C et al. Health care utilization in the elderly Mexican population: expenditures and determinants. **BMC Public Health**, v.11, n.192, 2011.

HUGO, FN et al. Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, n.35, p.224-232, 2007.

IBGE Cidades. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>, Acessado no dia 25/03/2012.

IPEA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2002.

JOIA, L.C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M.R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.1, p.131-8, 2004.

JOKOVICH, A., LOCKER, D. Dissatisfaction with oral health status in an adult population. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 57, n.1, p.40-47, 1997.

JONES, J.A. et al. Tooth loss and dentures: patients' perspectives. **Int Dent J**, v.53, n.5, p.327–334, 2003.

KIM, J. E., & MOEN, P. Retirement transitions, gender, and psychological well-being: A life-course, ecological model. **Journal of Gerontology: Psychological Sciences**, v. 57b, p.212–222, 2002.

KLEINSPEHN-AMMERLAHN, A; KOTTER-GRÜHN, D; SMITH J. Self-Perceptions of Aging: Do Subjective Age and Satisfaction With Aging Change During Old Age? **Journal of Gerontology: Psychological Sciences**, v.63b, n.6, p.377–385, 2008.

KOTTER-GRÜHN, D.; KLEINSPEHN-AMMERLAHN, A.; GERSTORF, D. Self-Perceptions of Aging Predict Mortality and Change With Approaching Death: 16-Year Longitudinal Results From the Berlin Aging Study. **Psychology and Aging**, v.24, n.3, p.654–667, 2009.

KOWAL, P. et al. Data resource profile: The World Health Organization Study on global AGEing and adult health (SAGE). **International Journal of Epidemiology**, n. 41, p.1639–1649, 2012.

LEINONEN, R.; HEIKKINEN, E.; JYLHÄ, M. Self-rated health and self-assessed change in health in elderly men and women – a five-year longitudinal study. **Social Science & Medicine**, v.46, n.4-5, p.591-597, 1998.

LIMA-COSTA, M.F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, p.700-701, 2003.

LIMA-COSTA, M.F.; PEIXOTO, S.V.; MATOS, D.L.; FIRMO, J.O.A.; UCHÔA, E. A influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.8, p.1893-1902, 2007.

LOCKER, D.; JOKOVIC, A. What do older adults' global self-ratings of oral health measure? **J Public Health Dent**, n.65, p.146–52, 2005.

LOCKER, D. et al. Oral health-related quality of life a population of medically compromised elderly people. **Community Dentistry Health**, v.19, n.2, p.90-97, 2002.

LUPPA, M. et al. Age and gender specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, n.136, p.212–221, 2012.

MARTINS, A.B. et al. Resilience and self-perceived oral health: a hierarchical approach. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.59, n.4, p.725-731, 2011.

MARTINS AMEBL et al. Autoavaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p.421-435, fev, 2009.

MATOS, D.L.; LIMA-COSTA, M.F. Self-rated oral health among Brazilian adults and older adults in Southeast Brazil: results from the SB-Brasil Project, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, n.22, p.1699-707, 2006.

MESAS, A.E. et.al. Factors associated with negative self-perception of oral health among elderly people in a Brazilian community. **Gerodontology**, n.25, p.49-56, 2008.

MATOS, D.L.; LIMA-COSTA, D.F. Autoavaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na região sudeste: resultados do projeto SB-Brasil 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1699-1707, ago, 2006.

National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Trends in health and aging. <http://www.cdc.gov/nchs/agingact>. htm (acessado em 8 de julho de 2013).

NOVO, R.F. Para além da Eudaimonia: o Bem-Estar Psicológico em mulheres na idade adulta avançada. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2003.

NUNES, C.I.; ABEGG, C. Factors associated with oral health perception in older Brazilians. **Gerodontology**, n.25, p.42-8, 2008.

OMS_Organização Mundial de Saúde. Levantamentos em Saúde Bucal. Livraria e Editora Santos. São Paulo, SP, 1999.

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

PORTILLO, J.C.; PAES, A.M. Autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde bucal. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, v.1, n.1, p.75-88, 2000.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.793-798, mai-jun, 2003.

RONCALLI, A.G. et al. Aspectos metodológicos do Projeto SBBrasil 2010 de interesse para inquéritos nacionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 28, Sup: S40-S57, 2012.

ROSE, A.M.C. et al. Sex and the city: differences in disease - and disability – free life years and active community participation of elderly men and women in 7 cities in Latin America and the Caribbean. **BMC Public Health**, n.8, p.127, 2008.

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

RYFF, D.C. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. **Journal of Personality and Social Psychology**, n.57, p.1069-1081, 1989.

RYFF, D.C. Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful ageing. **International Journal of Behavioral Development**, v.12, n.1, p.35-55, 1989a.

RYFF, D.C.; SINGER, B.H. Know thyself and become what you are: a Eudaimonac approach to psychological well-being. **Journal of Happiness Studies**, n.9, p.13- 19, 2008.

SANCHÉZ-GARCÍA, S.; HEREDIA-PONCE, E.; JUÁREZ-CEDILLO, T. Psychometric properties of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) and dental status of an elderly Mexican population. **Journal of Public Health Dentistry**, n.70, p.300-307, 2010.

STEELE, J.G. et al. How age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.32, p.107-14, 2004.

TANNURE, M.C. et al. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG. Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.5, p.817-22, 2010.

TIMM, E.Z., MOSQUERA; J.J.M.; STOBÄUS, C.D. Resiliência: necessidade e possibilidade de problematização em contextos de docência. **Educação**, n.31, p.39-45, 2008.

TSAKOS, G. et al. Clinical correlates of oral health-related quality of life: evidence from a national sample of British older people. **European Journal of Oral Sciences**, v.114, p.391-395, 2006.

TSAKOS, G. et al. Social gradients in oral health in older adults: findings from the English longitudinal survey of aging. **American Journal of Public Health**, n.101, p.1892–1899, 2011.

UNFER, B.; SALIBA, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Revista de Saúde Pública**, v.34, n. 2, p.190-195, 2000.

VAN KESSEL, G. The ability of older people to overcome adversity: A review of the resilience concept. **Geriatric Nursing**, n.34, p.122-127, 2013.

VERAS, R. Fórum envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.10, p.2463-2466, 2007.

WAGNILD, G.; YOUNG, H.M. Resilience among older women. **Image: Journal of Nursing Scholarship**, n.22, p.252-255, 1990.

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

WAGNILD, G.M. Resilience and successful aging: comparison among low and high income older adults. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 29, n.12, 2003.

WAGNILD, G.M. A review of Resilience Scale. **Journal of Nursing Measurement**, v.17, n. 2, 2009.

WALTER, M.I.M.T. A dualidade na inserção política, social e familiar do idoso: estudo comparado dos casos do Brasil, Espanha e Estados Unidos. **Opinião Pública**, v.16, n.1, p.186-291, 2010.

WELLS, M. Resilience in older adults living in rural, suburban and urban areas. **Journal of Rural Nursing and Health Care**, v.10, n.2, 2010.

WILES, J.L. et al. Resilience from the point of view of older people: "There's still life beyond a funny knee". **Social Science & Medicine**, n.74, p.416-424, 2012.

WINDLE, G.; BENNET K.M.; NOYES, J. A methodological review of resilience measurement scales. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.9, n.8, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Towards a common language for functioning, disability and health: ICF**. Geneva: World Health Organization; 2002.

WU, G. et al. Understanding resilience. **Frontiers in Behavioral Neuroscience**, v.7, 2013.

YESAVAGE, J.A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiat Res**, n.17, p.37-49, 1983.

ANEXOS

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do projeto de pesquisa: “Fatores de risco para a saúde bucal em idosos independentes, com ênfase no estado nutricional e na fragilidade: estudo de coorte de base populacional”.

A Faculdade de Odontologia de Piracicaba está convidando você a participar de uma pesquisa intitulada: “Fatores de risco para a saúde bucal em idosos independentes, com ênfase no estado nutricional e na fragilidade: estudo de coorte de base populacional” sob responsabilidade da Prof^a Maria da Luz Rosário de Sousa, Luísa Helena do Nascimento Tôrres e Prof. Fernando Neves Hugo. Para tanto, solicitamos sua colaboração, aceitando participar desta pesquisa que será desenvolvida junto aos Encontros dos Grupos de Convivência para Terceira Idade de Carlos Barbosa, RS, e, eventualmente, em alguma Unidade Básica de Saúde do município. Este termo pode ser apresentado pelo próprio cirurgião-dentista que realizará o exame bucal ou por um entrevistador.

No Brasil, de acordo com a literatura, este é um dos poucos trabalhos de que temos conhecimento que estuda a saúde bucal dos idosos de uma coorte e seus fatores associados. Nesse contexto, estudos longitudinais são importantes para a identificação de indicadores ligados aos problemas prevalentes na população idosa, como a perda dentária, e contribuem de maneira significativa para um conhecimento mais abrangente das particularidades deste grupo etário que se encontra em crescimento e que requer cuidados direcionados às peculiaridades oriundas do próprio processo de envelhecimento. Os objetivos da pesquisa incluem avaliar determinantes de agravos à saúde bucal em uma coorte de idosos independentes residentes em Carlos Barbosa, RS, verificar a incidência de perda dentária entre idosos residentes em Carlos Barbosa, RS, durante período de oito anos e avaliar fatores de risco, com ênfase ao estado nutricional (IMC) e fragilidade, para a perda dentária entre idosos residentes em Carlos Barbosa, RS, durante período de oito anos. Será realizado um exame da sua boca e serão verificadas suas medidas de peso, altura, velocidade para caminhar, força na mão e serão feitas algumas

perguntas sobre a saúde do seu corpo e boca. Será utilizado um questionário com informações sócio-demográficas, comportamentais, de acesso aos serviços, de história médica, de depressão, de atividade física e fragilidade. Não haverá grupo de comparação neste trabalho nem placebo. Não há métodos alternativos para obtenção das informações pretendidas. Esta pesquisa não envolve riscos previsíveis para o paciente, uma vez que para os exames clínicos serão utilizados instrumentos descartáveis ou devidamente esterilizados, além disto, o examinador estará utilizando equipamentos de proteção individual (luvas, máscaras, gorro, óculos de proteção e avental). Estes exames clínicos e físicos realizados causam um desconforto mínimo. Para assegurar maior comodidade ao paciente, a entrevista será realizada em local reservado. Não haverá benefícios diretos pela participação nesta pesquisa. Os voluntários que apresentarem necessidades de tratamento curativo odontológico serão informados sobre essas necessidades de tratamento e devidamente encaminhados para atendimento odontológico na Unidade de Saúde da Família do bairro. A assistência dos sujeitos que apresentarem qualquer alteração bucal será realizada via Unidade Básica de Saúde ou Unidade de Saúde da Família de Carlos Barbosa, para a qual o voluntário será encaminhado. Em caso de dúvidas ou maiores esclarecimentos, a qualquer momento da pesquisa, entrar em contato com a Prof^a. Dr^a. Maria da Luz Rosário de Sousa (19 2106-5364) ou a cirurgiã-dentista Luísa Helena do Nascimento Tôres (51 9955-1277), ou ainda através da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (19 2106-5209). Em caso de dúvida, quanto aos seus direitos como voluntário de pesquisa entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba; Avenida Limeira, 901. Caixa Postal 52, 13414-903 - Piracicaba, SP. Fone FAX: 19 2106-5349, e-mail: cep@fop.unicamp.br, endereço eletrônico: www.fop.unicamp.br/cep. Os voluntários receberão os esclarecimentos que se fizerem necessários antes, durante e depois da pesquisa com os pesquisadores responsáveis, relativos aos objetivos da pesquisa e a utilização das informações. Os voluntários terão a liberdade de sair da pesquisa a qualquer momento sem que haja qualquer penalidade ou prejuízo, sendo que os mesmos, se estiverem de acordo, poderão realizar os exames e entrevista. Os dados obtidos durante a pesquisa serão conservados em sigilo, ou seja, as identidades dos participantes não serão reveladas para propósito de publicação científica ou educativa. Não há previsão de ressarcimento de gastos aos pacientes, pois não há risco previsível pela

participação na pesquisa. Não está prevista qualquer forma de indenização referente a possíveis danos visto que não há riscos previsíveis por se tratarem somente de exames bucal e físico e uma entrevista. Esperando contar com sua gentil colaboração, desde já agradecemos.

Consentimento livre e esclarecido:

Eu, _____ -

_____ certifico que tendo lido o documento acima exposto e, suficientemente esclarecido(a), estou plenamente de acordo em participar da pesquisa, permito que os exames clínicos visuais e a entrevista sejam feitos, estou ciente que os resultados obtidos serão publicados para difusão do conhecimento científico e que a identidade do voluntário será preservada.

Por ser verdade, firmo o presente. Data: / / .

Nome por extenso:

Assinatura: _____ RG _____ Telefone: _____

2ª via – Voluntário

ANEXO 2

Questionário sociodemográfico

B1. Qual a sua idade? _____ anos (999). NR

B2. Qual é a sua data de nascimento? ____/____/____ (99).NR

B3. Qual seu sexo? (0) Masculino (1) Feminino

B4. Qual a sua raça ou cor? (0) branco (1)pardo (2)negro (3)amarelo (5)indígena

B5. . Qual seu estado civil? (1) Solteiro (2) Casado/União estável/morando junto (3) Separado (4) Viúvo (5) Outro (99)NR

B6. Até que ponto (série) você estudou?

- (1) Menos que a quarta série.
- (2) Completou a quarta série.
- (3) Menos que a oitava série.
- (4) Completou a oitava série.
- (5) Menos que o Ensino secundário.
- (6) Completou o Ensino secundário.
- (7) Ensino Superior incompleto.
- (8) Ensino Superior completo.
- (9) Pós-graduação.
- (99) NR

- **Sendo assim**, quantos anos de estudo no total? _____anos

B7. Qual a sua renda mensal (em reais)? _____

B8. Qual a renda mensal da sua família (em reais)? _____

B9. Você mora na região urbana ou rural da cidade? (0) urbana (1) rural

B10. Com quem o senhor mora?

- (1) Sozinho
- (2) Moro com familiares
- (3) Esposo (a)/ companheiro (a) somente
- (99) NR

B11. Número de pessoas vivendo na casa: _____ pessoas

B12. Você trabalha atualmente?

- (1) Não – desempregado
- (2) Não – Aposentado
- (3) Sim – 40h
- (4) Sim – 20h

(5) Informalmente

(99) NR

- Se **não trabalha**, qual era seu serviço? _____ e há quantos anos não trabalha? _____ anos.

B13. Você considera que possui dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades da vida diária?

(0) Sim (1) Não (99) NR

ANEXO 3

Questionário de saúde geral

Você tem ou teve alguma doença?	Não	Sim, presente	Sim, passado	NR	
C1. Pressão alta / hipertensão	0	1	2	99	
C2. Artrite / reumatismo	0	1	2	99	
C3. Osteoporose	0	1	2	99	
C4. Câncer	0	1	2	99	
C5. Doença do coração	0	1	2	99	
C6. Derrame / AVC / Isquemia	0	1	2	99	
C7. Doença do pulmão (bronquite e enfisema)	0	1	2	99	
C8. Depressão	0	1	2	99	
C09. Alguma vez um médico falou que você tem diabetes, que alguns chamam de açúcar elevado no sangue? (Se não, vá para a questão D16)	Não 0	Sim 1		NR 99	
C10. Outras, quais? _____					
C11. Você toma algum remédio receitado por médico ou por conta própria? (Se não, pular as duas próximas questões)	Não 0	Sim, receita 1	Sim, conta 2	Ambos 3	NR 99
C12. Quais remédios?					
C13. Compra com recursos próprios esses medicamentos ou obtém no "Posto de Saúde"?	Não 0	Sim, meu \$ (1)	Sim, posto (2)	Sim, ambos (3)	NR 99

ANEXO 4

Questionário de Hábitos/Higiene

H7. Com que frequência você escova os dentes?

- (1) Nunca.
- (2) Menos que uma vez por semana.
- (3) Uma vez por semana.
- (4) Uma vez a cada três ou quatro dias.
- (5) Uma vez por dia.
- (6) Duas vezes por dia.
- (7) Mais do que duas vezes por dia.
- (98) Não se aplica.

ANEXO 5

Condição Bucal

H13. Como o (a) senhor(a) avalia a sua saúde bucal?

- (1) Excelente.
- (2) Muito boa.
- (3) Boa.
- (4) Razoável
- (5) Ruim

ANEXO 6

Escala de Resiliência

Marque o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações:	Discordo Fortemente	Discordo em grande parte	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo em grande parte	Concordo completamente
L1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	1	2	3	4	5	6	7
L2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
L3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
L4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
L5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7
L6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
L7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
L8. Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
L9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
L10. Eu sou determinado (a).	1	2	3	4	5	6	7
L11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
L12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
L13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7
L14. Eu sou disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
L15. Eu mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
L16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.	1	2	3	4	5	6	7
L17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
L18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
L19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.	1	2	3	4	5	6	7
L20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
L21. Minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7

L22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	1	2	3	4	5	6	7
L23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	1	2	3	4	5	6	7
L24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.	1	2	3	4	5	6	7
L25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7
L26. Total:							

ANEXO 7

Exame bucal

Nome : _____

BLOCO P

FICHA CLÍNICA

Data: ___/___/_____

Início do exame: ___ h ___ min

EXAMINADOR: LUÍSA () ANDRESSA ()

EXAME () REEXAME ()

Edêntulo () – pular as questões P1 a P5.

N. do protocolo

<p>P1. Número total de dentes presentes (soma): _____ dentes</p> <p>P2. Arcada Superior- _____ dentes</p> <p>P3. Arcada Inferior – _____ dentes</p>
<p>Pares de dentes em oclusão:</p> <p>P4. Anterior (13 ao 23/ 33 ao 43): _____</p> <p>P5 Posterior (a partir dos pré-molares): _____</p>
<p>Presença protética:</p> <p>P6. Arcada Superior-</p> <p>P7. Arcada Inferior-</p> <p>Sem prótese: 0a- Não usa pois não tem prótese 0b- Não usa pois não precisa de prótese;</p> <p>1 – uma prótese parcial fixa; 2 – mais de uma prótese parcial fixa; 3 – prótese parcial removível; 4 – tanto uma ou mais próteses parciais fixas quanto uma ou mais removíveis; 5 – prótese total removível; 9- Sem informação / não registrado.</p>
<p>Necessidade protética:</p> <p>P8. Arcada Superior-</p> <p>P9. Arcada Inferior-</p> <p>Não necessita de prótese: 0a- Não necessita pois usa prótese 0b- Não necessita pois tem dentes;</p> <p>1 – Necessita uma prótese unitária, fixa ou removível; 2 – Necessita de uma prótese com múltiplos elementos, fixa ou removível; 3 – Necessita de combinação de próteses unitárias e/ou com múltiplos elementos; 4 – Necessita de prótese total removível; 9- Sem informação / não registrado .</p>
<p>P10. É recomendada a troca da prótese?</p> <p>(0) Não (1) Sim (98) Não se aplica</p> <p>SE SIM, qual motivo:</p> <p>(0) Tempo de uso (1) Prótese quebrada (2) Prótese não funcional/desadaptação (3) Câmara de sucção (4) Outros (99) NR</p>
<p>P11. Estomatite por prótese:</p> <p>(0) Mucosa de aparência normal (1) Hiperemia pontilhada (2) Hiperemia difusa (3) Hiperemia granular (98) Não se aplica</p>

MPS (cuidado bucal):

P12. Para mucosa os graus seguem os seguintes critérios de aparência clínica:

- () 1: aparência normal da gengiva e da mucosa oral
 () 2: inflamação leve
 () 3: inflamação moderada
 () 4: inflamação severa

P13. Para placa bacteriana os graus seguem os seguintes critérios de aparência clínica de acúmulo de placa para dentes e próteses:

- () 1: nenhuma placa visível clinicamente
 () 2: pouca quantidade de escassa placa visível
 () 3: moderada quantidade de placa
 () 4: abundante quantidade de confluyente placa

P14. MPS - Total:

- () 2-4: aceitável
 () 5-6: inaceitável
 () 7-8: muito pobre

Condições Dentárias e Necessidade de Tratamento

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Coroa																
Raiz																
Tratamento																
Coroa																
Raiz																
Tratamento																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Dentes Permanentes					
Coroa	Raiz	Condição		Código	Tratamento
0	0	Hígido		0	Nenhum
1	1	Cariado		1	Rest. 1 superf.
2	2	Restaurado com cárie		2	Rest. 2 ou + superf.
3	3	Restaurado sem cárie		3	Coroa
4	N/A	Perdido por cárie		4	Faceta estética
5	N/A	Perdido por outras razões		5	Pulpar + restauração
6	N/A	Selante		6	Extração
7	7	Apoio de ponte ou coroa		7	Remineralização de MB
8	8	Não erupcionado – Raiz não exposta		8	Selante
T	N/A	Trauma (fratura)		9	Sem info
9	9	Dente excluído			

C	P	O	CPOD

Fim da sessão de exame clínico bucal: _____ h _____ min

Duração da sessão de exame clínico bucal: _____ h _____ min

Diga aos entrevistados: "Este é o final da sua participação na pesquisa. Nós gostaríamos de agradecê-los por serem tão simpáticos por participar. Antes de encerrarmos, vocês tem alguma pergunta sobre como as informações vão ser utilizadas por nós".

EXAMINADOR:

Revise todas as páginas para verificar se algum item ficou em branco ou foi esquecido inadvertidamente!