

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**Camilla Sthéfany do Carmo Ribeiro**

**Descrição das condições de saúde oral em idosos ativos residentes em  
Governador Valadares- MG**

Governador Valadares

2022

**Camilla Sthéfany do Carmo Ribeiro**

**Descrição das condições de saúde oral em idosos ativos residentes em  
Governador Valadares- MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Odontologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Furtado de Carvalho

Governador Valadares

2022

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Ribeiro, Camilla Sthéfany do Carmo.

Descrição das condições de saúde oral em idosos ativos residentes em Governador Valadares- MG / Camilla Sthéfany do Carmo Ribeiro. -- 2022.

74 f. : il.

Orientador: Rodrigo Furtado de Carvalho

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado de Governador Valadares, Instituto de Ciências da Vida - ICV, 2022.

1. Idosos. 2. Envelhecimento Ativo. 3. Saúde oral. 4. Próteses. 5. Autoavaliação de saúde oral. I. Carvalho, Rodrigo Furtado de, orient. II. Título.

**Camilla Sthéfany do Carmo Ribeiro**

**Descrição das condições de saúde oral de idosos ativos residentes em  
Governador Valadares- MG**

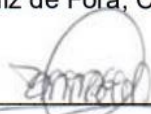
Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Odontologia, do Instituto de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como requisito parcial à obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Aprovada em 21 de fevereiro de 2022

**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Dr. Rodrigo Furtado de Carvalho – Orientador(a)  
Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares



Profa. Dra. Mabel Miluska Suca Salas  
Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares



Profa. Dra. Clarice Lima Alvares da Silva  
Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares

Dedico esse trabalho aos meus  
pais por todo apoio, incentivo e  
amor.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por ter me guiado e dado sabedoria para que realizasse meus objetivos. “Porque eu, o Senhor teu Deus, te tomo pela tua mão direita; e te digo: Não temas, eu te ajudo”. (Isaías 41:13)

Aos meus pais, João e Raquel, por todo amor, cuidado e apoio em todos os momentos. Agradeço por nunca medirem esforços para a minha formação e por dedicarem suas vidas a mim e meus irmãos. Vocês são minha motivação !!

Aos meus irmãos, João Pedro e Guilherme, por todo incentivo e apoio.

Aos meus avós, Maria das Graças e Pedro, por serem sempre presentes em minha vida e se alegrarem por cada conquista.

Ao meu namorado, Leonardo, por estar comigo nos melhores momentos e por ter tornado os piores, mais leves.

À professora Clarice Lima Alvares da Silva, por tão gentilmente ter realizado a análise estatística e se disposto a sanar todas as minhas dúvidas.

Ao professor e orientador Rodrigo Furtado de Carvalho, por ter me dado a oportunidade de participar do projeto que posteriormente virou o tema desse trabalho. Agradeço por todo do apoio, orientações e incentivo. Você é um exemplo de profissional que desejo seguir!

Agradeço a todos os colegas de classe: Bruna, Gustavo, Michelle, Stéfane e Thamiris, por me ajudarem na coleta de dados.

Agradeço a todos os meus amigos, em especial, Michelle Chang, por ter participado de toda essa jornada e me ajudado sempre.

Agradeço a todos os professores e TAES da UFJF- GV, por terem participado e ajudado na minha formação.

Sem vocês não teria conseguido!!

## RESUMO

O número de idosos tem crescido cada vez mais, no entanto existem poucas pesquisas sobre saúde oral e envelhecimento ativo. O objetivo do presente estudo foi analisar as condições de saúde oral de idosos ativos residentes em Governador Valadares-MG. A coleta de dados foi realizada por avaliadores calibrados através de oficinas de 32 horas. Os dados foram coletados por meio de questionários e exames clínico bucal, realizado sob luz natural em cadeira comum utilizando sonda e espelho esterilizados. Foram selecionados 64 idosos que faziam parte de 7 diferentes estratégias de saúde com o objetivo de garantir uma maior diversidade das variáveis. A análise estatística foi realizada através do Stata® versão 13.0 (*Stata Corp. College Station, Estados Unidos*). Dos 64 idosos que participaram, a maioria do sexo feminino (64,06%), e a média de idade foi de 68,37 anos. A maioria dos participantes tinha renda entre 1 a 3 salários mínimos (51,56%) e nível de escolaridade até o fundamental incompleto (54,69%). Quanto à avaliação de saúde geral, mais da metade da amostra autorreferiram como regular (56,35%). Quanto à satisfação com o sorriso, a maioria da amostra estava satisfeita ou muito satisfeita (65,63%). Quando abordados sobre eficiência mastigatória, 60,94% da amostra relatou eficiência mastigatória boa ou muito boa e 67,19% da amostra estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com a qualidade da alimentação. O índice de CPOD médio foi de  $23,25 \pm 7,99$ , sendo perda dentária a condição mais comum. A presença de cálculo dentário apresentou maior prevalência no sextante inferior central. A maior parte da amostra usava prótese superior/inferior, sendo prótese total removível a mais usada na arcada superior (45,31%) e prótese parcial removível (21,28%). Associações positivas foram encontradas entre escolaridade e CPOD ( $p=0,0277$ ) e instruções de higiene ( $p=0,032$ ). Associação entre o índice CPOD e apoio social foi estatisticamente significativa, no que se refere à convivência com outras pessoas ( $p=0,003$ ). Houve correlação entre satisfação com o sorriso e avaliação de saúde geral ( $p=0,004$ ). Foi possível concluir através dos dados e correlações encontradas que a saúde oral de idosos ativos de Governador Valadares-MG é precária com alta prevalência de perdas dentárias, uso e necessidade de prótese. Constatou-se que a saúde oral pode influenciar na qualidade de vida dos idosos ativos e no processo de envelhecimento ativo.

**Palavras-chave:** Idosos. Envelhecimento Ativo. Saúde oral. Próteses. Autoavaliação de saúde oral



## ABSTRACT

The number of elderly people has grown more and more, however, there is little research on oral health and active aging. The aim of the present study was to describe the oral health conditions of active elderly residents in Governador Valadares-MG. Data collection was performed by calibrated interviewers through 32 hours' workshops. Questionnaires and oral clinical examinations under natural illumination on a common chair using an explorer and a sterilized dental mirror were used to collect data. Sixty-four elderly people that were part of 7 different health strategies were selected in the study to ensure a greater diversity of variables. The statistical analysis was performed using Stata® version 13.0 (Stata Corp. College Station, United States). Of the 64 elderly people who participated in this study, most of them were female (64,06%), and the mean age was 68.37. Most participants had an income between 1 and 3 minimum salary (51,56%) and had not completed elementary school (54,69%). Regarding the general health assessment, more than half of the sample self-reported as regular (56,35%). About the satisfaction with the smile, most of the sample was satisfied or very satisfied (65,63%). When approached about masticatory efficiency, 60,94% of the sample reported good or very good masticatory efficiency and 67,19% of the sample were satisfied or very satisfied with the quality of food. The average CPOD index was  $23,25 \pm 7,99$ , with tooth loss being the most common condition. The presence of dental calculus was more prevalent in the central lower sextant. Most of the sample used upper/lower dentures, with removable total dentures being the most used in the upper arch (45,31%) and removable partial dentures (21,28%). Positive associations were found between schooling and CPOD ( $p=0,0277$ ) and hygiene instructions ( $p=0,032$ ). The association between the CPOD index and social support was statistically significant, with regard to living with other people ( $p= 0,003$ ). There was a correlation between satisfaction with the smile and general health assessment ( $p=0,004$ ). It was possible to conclude through the data and associations found that the oral health of active elderly in Governador Valadares-MG is precarious with a high prevalence of tooth loss, use and need for prosthesis. It was found that oral health can influence the quality of life of active elderly people

**Keywords:** Elderly. Active Aging. Oral health. Prostheses. Oral health self-assessment.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Gráfico 1- Uso de prótese nas arcadas superior e inferior .....	41
Gráfico 2- Necessidade de prótese nas arcadas superior e inferior .....	41

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Amostra segundo cadastro na Estratégia Saúde da Família.....	32
Tabela 2- Índice de independência nas atividades básicas de vida diária.....	33
Tabela 3- Distribuição dos dados socioeconômicos.....	38
Tabela 4- Autopercepção dos pacientes com relação aos determinantes pessoais..	39
Tabela 5- Porcentagem de cálculo dentário e dentes ausentes por sextante.....	40
Tabela 6- Associações entre CPOD e dados socioeconômicos e apoio social.....	42
Tabela 7- Associação entre dados socioeconômicos e uso e necessidade de prótese.....	43
Tabela 8- Associação entre dados socioeconômicos e recebimento de orientações de higiene oral e autoexame bucal.....	44
Tabela 9- Associação entre avaliação de saúde geral e satisfação com o sorriso.....	45

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária
AGEQOL	<i>Aging, Gender and Quality of Life</i>
AIVD	Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária
CPI	Índice Periodontal Comunitário
CPOD	Índice de Dentes Perdidos, Cariados ou Obturados
EQ-5D	<i>Euro Quality of Life Instrument-5D</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
GOHAI	Índice de Avaliação da Saúde Bucal Geriátrica
OHIP-14	<i>Oral Health Impact Profile</i>
OHRoL	Qualidade de vida relacionada a saúde bucal
OMS	Organização Mundial da Saúde
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada a Saúde
SF-36	Short Form Health Survey
WHOQoL-Bref	<i>World Health Organization Quality of Life instrument- Bref</i>
WHOQoL-Old	<i>World Health Organization Quality of Life instrument-Old</i>

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2. OBJETIVO</b> .....	15
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	15
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	16
3.1. ENVELHECIMENTO ATIVO .....	16
3.2. ALTERAÇÕES E PROBLEMAS DE SAÚDE BUCAL MAIS COMUNS EM IDOSOS.....	19
3.3. CONTEXTO DE SAÚDE ORAL EM IDOSOS .....	20
3.4. AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE ORAL.....	23
3.5. QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE ORAL.....	28
<b>4.METODOLOGIA</b> .....	32
4.1. ASPECTOS ÉTICOS.....	34
4.2. CALIBRAÇÃO DOS ENTREVISTADORES .....	34
4.3. DESCRIÇÃO DAS AVALIAÇÕES .....	35
4.4. VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	36
4.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	37
<b>5. RESULTADOS</b> .....	38
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	46
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	50
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	51
<b>ANEXO A - QUESTIONÁRIO DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE ADULTOS E IDOSOS</b> .....	57
<b>ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO APROVADO PELO COMITE DE ETICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS – UFJF</b> .....	67
<b>ANEXO C – PARECER CONSUNBSTANCIDO DO CEP</b> .....	69

## 1. INTRODUÇÃO

A população idosa tem crescido cada vez mais. Segundo Veras (2009), esse grupo etário aumentou no Brasil aproximadamente 700% em menos de cinquenta anos. Dados do IBGE (2008) indicam que em 2050 o país será a sexta nação do mundo em número de idosos, com um contingente próximo de 50 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade.

Como consequência, doenças próprias do envelhecimento tem crescido na sociedade (VERAS, 2009). Necessitando da implementação de políticas públicas de saúde que visem a manutenção de uma qualidade de vida satisfatória nessa idade (CARVALHO *et al.*, 2016), considerando a autonomia, o autocuidado e a auto satisfação desses indivíduos. (VERAS, 2009)

A Organização Mundial de Saúde (2005) define envelhecimento ativo como a melhoria nas oportunidades de saúde, participação e segurança o que objetivam garantir qualidade de vida conforme os indivíduos envelhecem. Nesse contexto, ativo significa uma atuação constante em questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis não estando relacionado apenas à capacidade de estar fisicamente ativo.

Para Jones, Kressin e Kazis (2006), problemas de saúde bucal podem influenciar a saúde e funcionalidades gerais, causando estado de dor e sofrimento, e prejudicando processos funcionais, estéticos e nutricionais (SPANEMBERG *et al.*, 2019). A saúde odontológica pode causar impactos na qualidade de vida (HAIKAL, *et al.*, 2011; MAKHIJA *et al.*, 2006; MIOTTO, BARCELLOS, VELTEN, 2012) estando relacionada na terceira idade com o bem estar e a satisfação com a vida. (LOCKER *et al.*, 2002).

Idosos são os que tem a qualidade de vida mais afetada pela perda dentária quando comparados a outras classes etárias. (HAAG *et al.*, 2017). A perda de elementos dentários está associada a incidência de incapacidade funcional nesse grupo, tendo como consequência dificuldade de comunicação e alimentação (YIN *et al.*, 2020). No entanto, as pessoas que estão nessa fase da vida são apontadas como as que menos fazem uso de serviços odontológicos (HAIKAL *et al.*, 2011), pois acreditam possuir uma condição de saúde bucal boa, apesar do grande número de dentes perdidos e modificações orais (CARVALHO *et al.*, 2016). Essa contradição pode ser explicada pelo fato de que a autoavaliação de saúde oral contrasta com

características clínicas, já que os indivíduos utilizam critérios diferentes dos usados pelo cirurgião dentista (SILVA, CATELLANOS FERNANDES,2001). Além disso, pessoas idosas consideram que perdas dentárias são inerentes do processo de envelhecimento (MATOS, LIMA-COSTA 2006; RIBEIRO, PIRES, PEREIRA, 2012).

Em virtude da importância do assunto exposto e do baixo número de pesquisas acerca do tema, esse estudo objetiva avaliar as condições de saúde bucal e os fatores socioeconômicos na população de idosos ativos residentes em Governador Valadares- MG.



## 2. OBJETIVO

Avaliar a condições de saúde oral e os fatores socioeconômicos de idosos ativos residentes em Governador Valadares.

### 2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar frequência de consulta odontológica e orientações de saúde bucal;
- Verificar CPOD e cálculo dentário;
- Identificar necessidade do uso de prótese;
- Descrever a ocorrência do uso de prótese e suas condições;
- Analisar associação de prótese e CPOD, assim como uso e necessidade de prótese com características socioeconômicas;
- Analisar se a autoavaliação de saúde geral está relacionada a satisfação com sorriso;
- Analisar se saúde oral afeta a convivência de idosos ativos;

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1. ENVELHECIMENTO ATIVO

Kim *et al.*(2020), com o objetivo de identificar o nível de envelhecimento ativo e a influência de fatores individuais e comunitários no envelhecimento ativo, realizaram uma pesquisa transversal em uma amostra de 380 idosos residentes de 35 bairros de cinco regiões de Seul, capital da Coreia do Sul. O questionário aplicado incluía a versão coreana dos instrumentos de envelhecimento ativo contendo: itens de envelhecimento ativo, capacidade da comunidade em nível individual, características gerais dos participantes e características estruturadas relacionadas a saúde. Foi realizada análise de multinível dos dados. A maior parte dos participantes eram mulheres (62,2%) e a média de idade foi de 80,13 anos. O envelhecimento ativo foi significativamente maior em homens que mulheres ( $t= 4.62$ ,  $p=0,032$ ), e em indivíduos com idades de 65 a 74 anos ( $t= 20.76$ ,  $p < 0.001$ ). Níveis mais altos de envelhecimento ativo estavam relacionada a ensino superior ( $F= 23.19$ ,  $p < 0,001$ ) e maior renda ( $F =24.43$ ,  $p < 0,001$ ). Indivíduos sem nenhuma doença tiveram maior envelhecimento ativo ( $F= 9,52$ ,  $p <0,001$ ). Houve estatisticamente uma correlação positiva ( $r= 0,53$ ,  $p <0,001$ ) entre capacidade da comunidade em nível individual e envelhecimento ativo. Para os autores a capacidade da comunidade é importante para o envelhecimento ativo entre adultos e idosos.

Sousa *et al.* (2018), pretendendo analisar a prevalência de indicadores de envelhecimento ativo e as diferenças entre gênero e idade desses indicadores em idosos do município de Campinas, utilizaram a dados do Inquérito de Saúde do Município de Campinas (ISA-CAMP), São Paulo, Brasil, de 2014/2015. As variáveis do estudo foram divididas em domínios que representam o envelhecimento ativo, tais como social, atividade física, intelectual e trabalho. Além disso, foram utilizadas variáveis sociodemográficas e socioeconômicas, com a finalidade de caracterizar a população estudada. A amostra foi composta por 986 idosos. As prevalências das atividades dos quatro domínios foram estimadas e as razões de prevalência foram calculadas pela regressão de Poisson. Foram encontrados os seguintes resultados: 40,2% dos idosos participavam de atividades socioculturais, 25,3% eram fisicamente ativos no lazer, 21,7% usavam a Internet, 22,1% exerciam trabalho remunerado e apenas 2,6% realizavam cursos. Quanto à dimensão social, a frequência aos cultos

religiosos, foi menos prevalente entre os homens (RP = 0,67). Na dimensão da atividade física, os homens eram mais ativos no trabalho (RP = 2,10), no deslocamento (RP = 1,61) e no lazer (RP = 1,44). Na dimensão intelectual, não houve diferença entre os sexos e, em relação ao trabalho remunerado, os homens eram mais ativos (RP = 1,78). Em relação as diferenças observadas nos indicadores de envelhecimento ativo por sexo, segundo as faixas etárias, foram observadas que em idades mais avançadas, a participação das mulheres nas atividades foi menor que a dos homens. Os autores concluíram que o envelhecimento ativo entre os idosos participantes do estudo foi positivo, pois a amostra teve maior participação no domínio social e nas atividades físicas por lazer quando comparadas as médias nacionais.

Com o intuito de analisar as desigualdades demográficas e socioeconômicas que prevalecem em indicadores de envelhecimento ativo na população idosa brasileira, Sousa *et al.* (2019), utilizaram dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (PNS). A amostra foi composta por 11177 idosos que haviam participado da PNS. Foi estimada a prevalência de cinco domínios do envelhecimento ativo: atividades sociais, participação cívica, atividade física de lazer, trabalho remunerado e trabalho voluntário e foram avaliados segundo sexo, raça, escolaridade e posse de plano de saúde. As razões de prevalência e intervalos e confiança foram calculados pela regressão de Poisson. Os seguintes resultados foram encontrados: a maioria da amostra era composta pelo sexo feminino (56,4%) e tinham entre 60 e 69 anos de idade. Em relação a escolaridade a maioria da amostra tinha cursado até o primeiro ano do ensino fundamental e médio (45,6% e 12,2% respectivamente). Cerca de 43% da amostra tinha renda familiar de 0,5 salário mínimo. E 32% da amostra possuía plano de saúde privado. Do total da amostra, 25,1% participaram de atividades sociais organizadas, 12,4% relataram participação cívica e 13,1% participaram em atividade física. Participação em atividades sociais organizadas e em trabalho voluntário foi mais prevalentes no sexo feminino; e entre os homens prevaleceu a participação cívica e o trabalho remunerado. Com relação a raça, entre os brancos, foram observadas maiores frequências de participação em atividades sociais, trabalho voluntário e atividade física de lazer, explicadas pela escolaridade. Idosos com maior nível de escolaridade, renda e com posse de plano privado de saúde apresentaram maiores prevalências de participação em todas as atividades consideradas. Para os autores a baixa prevalência nas cinco atividades demonstram

a importância do enfrentamento das desigualdades sociais como parte da estratégia de implementação do envelhecimento ativo.

Campos *et al.* (2015), realizaram um estudo com o objetivo construir um indicador de envelhecimento ativo e testar sua associação com qualidade de vida e possíveis determinantes segundo gênero. O estudo foi desenvolvido a partir de dados coletados pelo estudo AGEQOL (*Aging, Gender and Quality of Life*). A amostra foi constituída por 2052 indivíduos de 60 anos ou mais de idade, residentes em Sete Lagoas, Minas Gerais. Foi aplicado um questionário composto por informações gerais de participantes, indicadores de envelhecimento ativo ABVD (Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária) e AIVD (Avaliação das atividades instrumentais de vida diária) e qualidade de vida foi medida pelo *World Health Organization Quality of Life instrument- Bref* (WHOQoL-Bref) e *World Health Organization Quality of Life instrument-Old* (WHOQoL-Old). A maioria dos idosos (n = 1070) pertenceu ao grupo de envelhecimento ativo ao passo que 982 (47,85%) idosos representaram o grupo com envelhecimento normal. Na análise de sexo, observou-se que a maioria homens pertenceu ao grupo com envelhecimento ativo (58,0%), enquanto 51,8% das mulheres foram alocadas no grupo com envelhecimento normal ( $p < 0,001$ ). Domínio físico teve uma forte associação com envelhecimento ativo (OR = 1,07 para homens e OR = 1,05 para mulheres) e escore total do WHOQOL-old (OR = 1,03 para homens e OR = 1,03 para mulheres). Fatores comportamentais (atividade física, medicamentos, perda de apetite) estavam associados ao envelhecimento ativo para homens e mulheres. Para ambos os sexos houve associação estatística entre envelhecimento (OR= 0,51 para o sexo feminino e OR = 0,55 para o masculino), percepção de felicidade (OR = 0,51 para o sexo feminino e OR = 0,55 para o masculino), analfabetismo (OR = 0,54 para o sexo feminino e OR = 0,43 para o masculino) e 1º grau escolar (OR = 0,48 para o sexo feminino e OR = 0,42 para o masculino). Houve uma forte associação entre envelhecimento ativo e participação em grupos. A participação em grupos aumentou em 88% (OR = 1,88) e 65% (OR = 1,65) a chance de envelhecimento ativo para homens e mulheres, respectivamente. Para ambos os sexos, o envelhecimento ativo foi explicado pela qualidade de vida, fatores comportamentais, fatores relacionados ao ambiente social e econômico.

### 3.2. ALTERAÇÕES E PROBLEMAS DE SAÚDE BUCAL MAIS COMUNS EM IDOSOS

Gil- Montoya *et al.* (2015), realizaram uma revisão sistemática afim de avaliar a saúde bucal da população geriátrica de maneira abrangente. Foi utilizado a base de dados *PubMed* e *Embase*, resultando em 81 artigos que atendiam aos critérios de inclusão. Foi verificado que a cárie continua sendo o maior problema de saúde oral tendo como causa em idosos: mudanças salivares, dieta pobre, exposição da superfície radicular por recessão gengival e uma maior probabilidade de tratamento medicamentoso tendo como efeito colateral a xerostomia. Outro problema comum foi o acúmulo de placa em idosos, que ocasiona gengivite e perda leve ou moderada do osso alveolar. Edentulismo, foi frequente e representa falha no atendimento odontológico, estando diretamente relacionado à mastigação e problemas nutricionais. Foi encontrado alta prevalência de xerostomia e hipofunção da glândula salivar sendo necessária a adoção de medidas preventivas contra as consequências desses problemas que incluem cárie, doença periodontal e candidíase. Os autores concluíram que o estado de saúde bucal na população idosa é deficiente com elevada prevalência de cárie, doença periodontal e perdas dentárias que causam comprometimento da qualidade de vida.

Côrte-Real, Figueiral, Campos (2011), com o objetivo de refletir sobre o estado de saúde oral do idoso abordando as patologias orais mais comuns e as respectivas necessidades de tratamento, realizaram uma pesquisa bibliográfica de artigos científicos indexados no *PubMed*. Foram identificados 62 artigos como potencialmente relevantes, desses, 32 foram consultados de forma integral e 25 estava dentro dos critérios de inclusão. Dentre as patologias mais comuns estavam cárie dentária e doença periodontal (principais responsáveis pela perda dentária), lesões da mucosa oral e a xerostomia. Para os autores, presença de doenças sistêmicas e de medicações frequentes entre idosos além da possível coexistência de vários fatores de risco, contribuem de forma significativa para o desenvolvimento das patologias orais.

Bozdemir, Yilmaz e Orhan (2019) realizaram um estudo com o objetivo de determinar a prevalência de lesões orais em idosos. A amostra foi composta por 709 pacientes voluntários, de 60 anos ou mais de idade, admitidos no Departamento de Diagnóstico Oral da Faculdade de Odontologia da Universidade *Suleyman Demirel*.

Foi realizado exames orais e radiológicos. O uso de prótese foi observado em 76% da amostra. Aproximadamente 87,6% dos participantes tinham uma ou mais lesões na mucosa oral. A lesão em mucosa oral mais comum foi varicosidade sublingual em homens e mulheres. Houve uma relação significativa entre presença de doenças sistêmicas e lesões da mucosa oral ( $p = 0,01$ ). Tabagismo e histórico de tabagismo também foram fatores preditivos significativos para lesões nas mucosas (OR: 3.385,  $p = 0,045$ ). Houve também uma relação significativa entre uso de prótese e lesões da mucosa oral ( $p = 0,001$ ), a prevalência de lesões relacionadas à prótese entre os usuários foi de 44,2%. Estomatite protética (43,3%) foi significativamente maior entre lesões relacionadas à prótese. Usuários de prótese total (50,4%) apresentaram maior número de lesões do que o grupo de usuários de prótese parcial (35%). Indivíduos que usavam próteses  $\geq 20$  anos apresentaram maior risco de ter lesão em mucosa (OR: 4.667,  $p = 0,011$ ) do que aqueles que usaram por 11 a 20 anos (OR: 3.045,  $p = 0,036$ ). Foi concluído que apesar da maioria das lesões encontradas serem benignas, deve-se realizar exames orais periódicos em idosos principalmente fumantes e usuários de próteses.

### 3.3. CONTEXTO DE SAÚDE ORAL EM IDOSOS

Petersen *et al.* (2010), com o objetivo de investigar de maneira global a saúde bucal de idosos, uso de serviços bucais e práticas de autocuidado enviaram um questionário postal feito pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para Diretores Odontológicos ou pontos focais de saúde bucal nos ministérios da saúde. Esses questionários foram enviados de forma a cobrir as seis regiões da OMS. As informações de países que não responderam o questionário para a pesquisa, foram obtidas do Banco Mundial de Dados de Saúde Oral da OMS, através de dados epidemiológicos oral da Pesquisa Mundial da Saúde. Os relatórios dos países foram submetidos ao Programa Global de Saúde Oral da OMS. O estudo contém informações de 136 países, representando 71% do total de estados membros da OMS. Através do Índice de dentes perdidos, cariados ou obturados (CPOD) foi observado alta prevalência de cárie principalmente nas regiões Americana, Europeia e Mediterrâneo Oriental. A doença periodontal foi mensurada pelo Índice Periodontal Comunitário (CPI), na maioria dos países CPI-2 e CPI3 foram os mais frequentes, esses escores geralmente representam a falta de higiene oral, CPI-4 representa

sinal de doença periodontal e a variação na prevalência dessa doença entre países foi alta sendo que o número de idosos afetados variou de 5 a 20%. As taxas de prevalência de perda dentária e experiência de problemas bucais variam substancialmente de acordo com a região da OMS e a renda nacional. Os autores concluíram que existe a necessidade de programas e pesquisas de intervenção em saúde bucal além de iniciativas comunitárias para prevenção ou programas curativos de saúde bucal em idosos.

Martins *et al.* (2008), com o intuito conhecer os fatores associados ao uso de serviços odontológicos por rotina em idosos brasileiros utilizaram dados obtidos do levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população brasileira (Projeto SB Brasil 2003). No presente estudo foram incluídos idosos que utilizaram serviços odontológicos pelo menos uma vez na vida que tinham entre 65 e 74 anos. A amostra foi composta por 5009 idosos, sendo 44% dentados e 56% edentados. O CPOD médio foi de 28, e apenas 1% da amostra apresentou CPOD igual a 0. Serviço odontológico foi usado na maioria das vezes devido a problemas de saúde bucal (82%). A análise multivariada sobre os fatores associados ao uso dos serviços odontológicos por rotina mostrou que, entre os participantes dentados, o uso foi menor entre residentes da zona rural; que usaram os serviços odontológicos há mais de um ano; que não foram informados sobre como evitar problemas bucais; que tinham menor renda; que necessitavam de próteses; que tinham doenças periodontais; que avaliaram a mastigação como regular ou ruim/péssima, que autoperceberam que a saúde oral afetava relacionamentos e que autoperceberam dor nos dentes ou gengivas nos últimos 6 meses. Já entre edentados, uso por rotina foi maior entre usuários de serviços privados, e menor entre os residentes da zona rural, que não usaram serviços odontológicos há menos de um ano, entre os não brancos; os que não foram informados sobre como evitar problemas bucais; aqueles com menor escolaridade; que necessitavam de prótese; que perceberam que a sua condição bucal afetava o relacionamento. Os autores concluíram que a condição de saúde bucal de idosos no Brasil é precária e o uso de serviços odontológicos tem como causa principal a dor.

Azevedo *et al.*(2017), com o objetivo de avaliar o uso e necessidade de prótese dentária na população idosa brasileira, bem como verificar suas associações com fatores socioeconômicos e demográficos, necessidade de tratamento autorreferida e local de uso do serviço odontológico e averiguar as diferenças entre

as macrorregiões do Brasil. Utilizaram dados secundários, da pesquisa SB Brasil realizada no ano de 2010, relativos aos idosos de 65-74 anos. Análise descritiva foi realizada para avaliar a distribuição das variáveis de uso e necessidade de prótese por macrorregião. Além disso, foi calculada a prevalência dos desfechos, conforme as variáveis independentes, e a seguir, foi realizado análise bivariada por meio do teste do qui-quadrado de Rao-Scott e análise multivariada utilizando a regressão de Poisson para estimar as razões de prevalência bruta e ajustada e seus intervalos de 95% de confiança (IC 95%). A amostra foi composta por 7496 idosos. Uso e necessidade de prótese foi mais prevalente no arco superior. A prevalência do uso de prótese foi de 78,2% sendo a macrorregião sul a de maior prevalência (86%) e a macrorregião nordeste de menor prevalência (71,3%). Necessidade de prótese foi de 68,7%, sendo mais prevalente na região Nordeste (8,9%) seguida da macrorregião Norte (80,6%). A maioria dos idosos analisados, tanto usava como necessitava de prótese dentária (48,3%). Maior uso de prótese foi encontrado no sexo feminino, naqueles com 5 a 7 anos de estudos e nos participantes que utilizavam serviço particular, houve menor uso em indivíduos pretos e com necessidade autorreferida de prótese dentária. Menor necessidade de prótese dentária foi observada em mulheres e nos usuários de serviço particular, e maior naqueles que autorreferiram necessidade de prótese dentária. Os resultados mostram o agravo do edentulismo em nível nacional, sendo que variáveis socioeconômicas, demográficas e de uso de serviços influenciaram a ocorrência de uso e de necessidade de prótese dentária.

Roberto *et al.* (2019), realizaram uma revisão sistemática de literatura com o objetivo de identificar fatores sociodemográficos e socioeconômicos relacionados ao edentulismo. A revisão foi realizada de acordo com o relatório de revisão sistemática e meta-análise (PRISMA). A pesquisa foi feita através das bases de dados: *PubMed*, *Web of Science*, *SciELO*, Google e Google Acadêmico e os termos utilizados foram: edentulismo, fatores sociodemográficos, fatores socioeconômicos e idosos. Foram incluídos estudos epidemiológicos observacionais publicados em inglês e português a partir de 2018. Para a meta-análise foi utilizado o software *The Review Manager* 5.3. No total, 343 artigos foram encontrados, porém 24 atendiam aos critérios de inclusão. Piores condições sociodemográficas e econômicas estavam associadas a maior proporção de indivíduos desdentados. Idade, escolaridade e nível socioeconômico foram os principais fatores que influenciaram o edentulismo em



idosos. Os resultados da meta-análise mostraram um menor risco de edentulismo em homens (OR = 0,93; IC 95% = 0,90-0,96) e raça não estava estatisticamente associada ao edentulismo. (OR = 0,68; 95 % CI = 0,45-1,01). Para os autores fatores sociodemográficos e econômicos estão fortemente relacionados ao edentulismo sendo necessária a criação de políticas públicas voltadas para a parcela mais vulnerável da população.

Ferreira, Antunes e Andrade (2013), utilizaram dados da Pesquisa Nacional de Saúde Oral, com o objetivo de analisar associação entre uso recente de serviços odontológicos, fatores socioeconômicos e medidas de saúde bucal em idosos brasileiros. Para a realização da análise utilizaram como variáveis dependentes uso recente de serviços odontológicos e variáveis independentes usadas foram fatores sociodemográficos e medidas clínicas de saúde bucal. A amostra foi composta por 6702 idosos com idade entre 65 a 74 anos. A análise estatística incluiu análises descritivas de frequência, análises bivariadas e múltiplas por meio de regressão de Poisson. A maioria da amostra era composta pelo sexo feminino (56%), com renda entre R\$501,00 a R\$1500,00 e baixo nível de escolaridade. Em relação as condições de saúde oral, houve uma alta prevalência de idosos que apresentavam de 0 a 20 dentes em bocas, necessidade de prótese foi observado em mais da metade da amostra (69,2%) e 46,5% relataram uso recente de serviços odontológicos. Através do modelo de regressão logística, foram obtidos resultados que demonstram uma associação significativa entre a quantidade de tempo desde a mais recente visita ao dentista e três variáveis sociodemográficas: escolaridade, renda, e macrorregião. Foi observado também maior prevalência de consulta odontológica recente entre indivíduos com necessidade de tratamento odontológico e portadores de prótese dentária. Para os autores uso recente de serviços odontológicos está associado a fatores sociodemográficos e medidas clínicas de saúde oral (número de dentes, uso e necessidade de prótese dentária e necessidade de tratamento odontológico).

#### 3.4. AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE ORAL

Esmeriz, Meningham e Ambrosoni (2012) com o objetivo relacionar a autopercepção de saúde bucal à qualidade de vida, condições sociodemográficas, condições clínicas e depressão geriátrica, avaliaram o quanto a autopercepção do

idoso influencia na saúde bucal, realizando um estudo transversal. A amostra foi composta por 371 idosos com mais de 60 anos, independentes ou parcialmente dependentes que faziam parte do Unidade de Saúde da Família na cidade de Piracicaba, São Paulo. A pesquisa abrangeu 8 das 29 unidades de saúde e foi realizada por um único examinador que passou por um processo de calibração de dezesseis horas. Para avaliar a saúde bucal foi utilizado o índice de dentes cariados, perdidos, obturados (CPOD) e Índice Periodontal Comunitário (CPI), uso e necessidade de prótese, além de serem utilizados índices não clínicos como: índice de avaliação da saúde bucal geriátrica (GOHAI), questionário *Short Form Health Survey* (SF-36) e a escala de depressão geriátrica. Os seguintes resultados foram encontrados: idade média foi de 67,35 sendo idade mínima de 60 anos e máxima de 85 anos. A maior parte dos participantes era do sexo feminino (63,3%), casada (60,4%). Além disso, a maioria dos indivíduos cursou até o primeiro grau (75,5%). Em relação ao exame clínico, CPOD médio foi de 28,5 com desvio padrão de 4,81 e 80,6% da amostra eram usuários de prótese dentária (total ou parcial removível). O estado de saúde bucal foi considerado moderado ou bom por 59,3% dos participantes e a escolaridade (variável sociodemográfica) associada ao GOHAI mostrou significância estatística ( $p= 0,004$ ). Dois de oito domínios do GOHAI associado a qualidade de vida e depressão geriátrica apresentaram significância estatística ( $p < 0,05$ ). A análise de regressão logística múltipla do índice GOHAI de acordo com as características da amostra revelou que variáveis como educação (OR = 2,46) e sinais leves a graves de depressão geriátrica (OR = 1,65) eram mais propensos a ter pontuação GOHAI positiva ( $> 30$ ). No entanto, o domínio da qualidade de vida (OR = 0,30), classificado como ruim, mostrou maior chance de ter score GOHAI negativo ( $\leq 30$ ). Os autores concluíram que existem variáveis que podem interferir na autopercepção que o idoso tem da saúde oral.

Moon, Heo e Jung (2020), utilizando dados brutos da pesquisa de saúde comunitária da Coreia de 2016, buscaram analisar quais fatores influenciam na autoavaliação de saúde oral em idosos que vivem em comunidade. A variável dependente foi autoavaliação de saúde oral e as variáveis independentes foram idade, sexo, tipo de área de residência (metropolitana ou provincial), nível de escolaridade, renda e condição de moradia com o cônjuge foram avaliadas. A função oral foi analisada através da mastigação, fonética e uso de próteses dentárias, e o comportamento de saúde bucal incluiu escovar os dentes após o café

da manhã, após o almoço, após o jantar e antes de dormir. O questionário *Euro Quality of Life Instrument-5D* (EQ-5D) mediu a qualidade de vida relacionada à saúde (mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor / desconforto e ansiedade /depressão). Entre esses 64.223 participantes idosos, 61.280 (95,4%) foram incluídos no estudo. A análise estatística foi feita através do programa *SPSS 22* (IBM Corp, Armonk, NY, EUA). A análise de regressão logística revelou que idade, sexo, nível de educação, renda, condição de moradia, função oral, comportamento de saúde bucal e qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) foram todos associados à autoavaliação da saúde bucal. Área residencial não foi associada a avaliação de saúde bucal. Piores autoavaliações de saúde oral foram observados em participantes que relatam desconforto durante a mastigação e fonética e aqueles que usam próteses. No comportamento de saúde bucal, escovação após o almoço jantar e antes de dormir foi associada positivamente a autoavaliação da saúde bucal. Todos os domínios do EQ-5D foram fatores que afetaram a autoavaliação da saúde bucal. Para os autores, a população idosa ao avaliar a saúde oral, não se baseia apenas em fatores psicológicos mas também na função oral e comportamento em saúde bucal, levando em consideração as características socioeconômicas e demográficas.

Patussi *et al.* (2010), objetivando estimar a prevalência e os fatores associados à autoavaliação da saúde bucal em idosos, analisaram dados nacionais de um estudo transversal de base populacional. A amostra foi composta por 4.786 idosos brasileiros (65-74 anos) de 250 municípios. A coleta de dados foi feita através do exame clínico bucal e de uma entrevista estruturada para coletar dados sociodemográficos, utilização de serviços odontológicos e variáveis de autopercepção de saúde oral. A análise multivariada dos dados foi realizada através do *Software STATA 9.0* (StataCorp LP, College Station, TX, EUA) utilizando modelos de regressão de Poisson estratificados por sexo. A maioria dos participantes eram mulheres brancas, com idade entre 65-69, morando em áreas urbanas, com <4 anos de educação formal e de baixa renda familiar. A prevalência de autoavaliação de saúde bucal ruim foi 46,6% (IC 95%: 45,2-48%) em toda a amostra. Prevalências mais altas de autoavaliação de saúde bucal foram relatados por idosos que nunca foram ao dentista, aqueles com cárie não tratada, com dor de dente e aqueles que relatam problemas saúde bucal subjetiva. Pior autoavaliação estava associada ao sexo masculino, raça negra, condição socioeconômica desfavorável, condição

clínica bucal desfavorável e não usar ou necessitar de prótese dentária. Razões de prevalência (RP) mais elevadas foram encontradas em idosos que auto perceberam aparência dentária desfavorável (RP = 2,31; IC 95%: 2,02-2,65), mastigação insatisfatória (RP = 1,64; IC: 1,48-1,8) e dor dentária (RP = 1,44; CI: 1,04-1,23). Avaliação e a compreensão da autoavaliação da saúde bucal deve envolver fatores sociais, subjetivos e sintomas clínicos orais.

Pretendendo analisar se a autopercepção de saúde bucal no contexto urbano está associada com fatores sociodemográficos que interferem na qualidade de vida, Carvalho *et al.* (2016), realizaram um questionário com três etapas: caracterização sociodemográfica, hábitos de saúde bucal dos idosos e índice geriátrico de avaliação de saúde bucal (GOHAI) realizado por quatro examinadores previamente calibrados. A amostra foi 369 idosos matriculados no Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Norte (ACES). A partir dos resultados foi observado idade média de 72 anos (desvio padrão= 6,75), 60,2% da amostra eram casados, 53,9% apresentaram escolaridade até o quarto ano e 87,8% da amostra consideravam-se totalmente independentes em relação as atividades diárias, somente 13% da amostra tinha conhecimento de que havia um profissional de saúde bucal no centro de saúde a que eles pertenciam. Com relação ao uso de prótese 62,6% usavam prótese dentária e desses 68% estavam satisfeitos. A média dos valores de GOHAI mostrou valores médios nas três dimensões (média= 32,9; DP= 3,6), ou seja, idosos avaliaram favoravelmente sua saúde bucal. Além disso, idosos que visitaram o dentista a menos de um ano tiveram maior probabilidade de apresentarem autopercepção mais baixa em relação àqueles que não foram ao cirurgião dentista. Indivíduos solteiros tinham maior probabilidade de terem uma autopercepção mais baixa quando comparados a indivíduos casados. Foi observado também que domínio mais afetado do GOHAI foi o psicossocial o que sugere que a perda dentária afeta ou limita o contato com outras pessoas. Os autores concluíram que idade, estado civil e a última consulta odontológica foi o fator associado significativamente à autopercepção de saúde bucal.

Buscando avaliar a prevalência de perda dental e o uso de próteses em uma amostra representativa de idosos não institucionalizados do município de São Paulo e avaliar o impacto do uso de prótese e da perda dental na autoavaliação da saúde bucal, Andrade *et al.* (2019), realizaram um estudo transversal com base nos dados do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). A amostra foi composta por

idosos de 60 anos ou mais, residentes na área urbana do município de São Paulo. A avaliação da prevalência de perda dental e uso de próteses foi feita a partir da comparação dos dados coletados nos anos de 2000, 2006 e 2010. As análises dos fatores associados à dentição funcional e autoavaliação de saúde bucal foram realizadas com base nos dados coletados no ano de 2010, devido à falta de dados completos para algumas variáveis, a avaliação dos fatores associados à perda dental foi realizada com 1.078 casos e as análises relacionadas à autoavaliação da saúde bucal foram realizadas com 1.082 casos. A comparação do perfil de saúde bucal ao longo dos três períodos foi feita por meio de análises descritivas e comparação de intervalos de confiança. A análise estatística foi feita por meio da regressão logística múltipla para avaliar os fatores associados à dentição funcional e à autoavaliação da saúde bucal. Foi observado que a prevalência de perda dental e uso de próteses se manteve constante ao longo dos três anos analisados. A dentição funcional foi significativamente associada à escolaridade, sexo e cor/gênero. Idosos com 80 anos ou mais e com relação conjugal apresentaram significativamente menos chances de autoavaliação de saúde bucal ruim. A chance de autoavaliação “ruim” foi maior nos idosos com duas ou mais doenças, com necessidade de próteses, presença de bolsa periodontal e dentre aqueles cuja última consulta odontológica ocorreu há três anos ou mais. Para os autores, necessidade de prótese e a presença de bolsa periodontal foram associadas a autoavaliação da saúde bucal, além disso nos três levantamentos realizados as prevalências de perda dental e de uso de próteses foram altas e não houve diminuição significativa ao longo dos anos.

Buscando investigar a autopercepção da saúde bucal de idosos de 64-75 anos da região central do Brasil, Nunes e Abegg (2008), realizaram um estudo transversal de base populacional, utilizando a pesquisa das condições de saúde oral no sul do Brasil, realizada pela Secretária de saúde do Rio Grande do Sul em 2002, com uma amostra de 618 idosos. A coleta de dados foi realizada na residência dos participantes e consistia em uma entrevista com perguntas de informação geral do participante, status socioeconômico e autopercepção de saúde bucal além do exame clínico odontológico. Autopercepção de saúde bucal foi considerada boa ou muito boa por 46,7% amostra. As variáveis CPOD (Índice de dentes perdidos cariados e obturados), renda pessoal mensal e uso de prótese total não foram estaticamente significativos para a autoavaliação de saúde oral. Dor foi a única variável

significativa, entrevistados que relataram ‘dor nos últimos 6 meses’ tinham de 2 a 3 vezes mais chance de avaliar a saúde oral como ruim quando comparados àqueles indivíduos que não relataram dor e classificaram a saúde como boa ou excelente (95%IC: 1,24-4,44). Capacidade mastigatória foi avaliada como boa ou excelente por 45,8 % da amostra, a variável dor estava associada a maior probabilidade de avaliar a mastigação como ruim. Em relação a percepção da influência da saúde bucal nos relacionamentos sociais 61,8% relatou que saúde oral não influenciava. Necessidade percebida de prótese total e maior escolaridade estavam associados quando os indivíduos relatavam que a saúde oral afetava relacionamentos. Os autores concluíram que dor dentária e necessidade de prótese afeta a autopercepção de saúde oral.

### 3.5. QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE ORAL

Estudo desenvolvido por Rebelo *et al.* (2016), buscou identificar dados demográficos, socioeconômicos e preditores clínicos dentários da qualidade da saúde bucal em idosos. A amostra foi composta por 613 idosos de 65 a 74 anos em Manaus, Brasil. Foram realizadas entrevista e exames orais para coletar dados demográficos (idade e sexo), dados socioeconômicos, medidas clínicas dentárias (CPOD, necessidade de próteses superiores e inferiores) e para medir qualidade de vida relacionada a saúde bucal (OHRoL) foi usado o questionário GOHAI. A análise fatorial confirmatória (AFC) apoiou a presença de fatores latentes individuais (medidas clínicas dentárias e OHRQoL). Os itens confirmando a presença de medidas clínicas dentárias foram os seguintes: necessidades de próteses dentárias superiores ( $b = 0,565$ ), necessidades de próteses dentárias inferiores ( $b = 1,020$ ) e CPOD ( $b = 0,448$ ). Os itens confirmados de OHRQoL foram: função física ( $b = 0,801$ ), função psicossocial ( $b = 0,580$ ) e dor ou desconforto ( $b = 0,576$ ). Destes, o  $R^2$  mais alto foi 1.04 (menor necessidade de próteses dentárias) seguida de função física (0,64), função psicossocial (0,34), dor ou desconforto (0,33), necessidade de prótese superior (0,32) e CPOD (0,20). Baixa escolaridade e baixa renda estavam associadas a piores medidas clínicas dentárias, que por sua vez estavam ligadas a pior qualidade de vida relacionada a saúde ( $b = -0,172$ ). O estudo apresenta evidências da importância do estado clínico dentário para a qualidade de vida e a

ligação entre condições socioeconômicas e qualidade de vida relacionada a saúde bucal em pessoas idosas.

Dahl *et al.* (2011), realizaram um estudo com objetivo de investigar como os registros clínicos de saúde bucal, saúde bucal autoavaliada, satisfação com a saúde bucal estavam associados à qualidade de vida relacionada a saúde bucal (OHRol) avaliada pelo Oral Health Impact Profile (OHIP-14) em indivíduos de 68-77 anos. Um total de 151 indivíduos preencheram um questionário sobre autoavaliação da saúde bucal, satisfação com a saúde bucal e a forma abreviada de OHIP-14. O exame clínico foi realizado registrando número de dentes e cárie. Não houve diferença estatística significativa nos escores do OHIP-14 entre desdentados e dentados. Entre indivíduos dentados, o número de dentes foi associado ao escore padronizado (SD) OHIP-14, a amostra com mais dentes apresentou menor escore (3,9) enquanto amostra com mais perdas dentárias maior escore (6.9). Participantes que declararam estar insatisfeitos com a saúde bucal ou avaliaram a saúde bucal como ruim tiveram (sd=5,4 e sd=8,8) OHIP maior quando comparadas àqueles estavam satisfeitos com a saúde oral e que avaliaram a saúde bucal como boa (sd=3,9 e sd=4,0). O escore médio do OHIP-14 não foi estatisticamente significativo quando associado a gênero ou nível de educação em análises bivariadas. Os resultados demonstraram que a saúde bucal afeta a qualidade de vida dos idosos, uma vez que indivíduos com menos dentes e que avaliaram a saúde bucal como ruim tiveram uma menor qualidade de vida relacionada a saúde oral.

Saintrain e de Souza (2012), realizaram um estudo com o objetivo de investigar o impacto da perda dentária na qualidade de vida dos idosos. Foi uma pesquisa qualitativa com aspectos descritivos e exploratórios. Selecionaram-se 250 pessoas institucionalizados no município de Fortaleza, Brasil. Foram incluídos na pesquisa idosos de 60 ou mais, totalmente desdentados e capazes de responder o questionário. Apenas 15,3% da amostra relatou ir ao dentista regularmente. Mais de 2/3 dos entrevistados (81,9%) relataram dificuldades após perda dos dentes tanto na dimensão física, que estava relacionado a dificuldade de mastigação, quanto a dimensão social, que estava relacionada com a fonética alterada, que interferia na comunicação dos idosos com outras pessoas. Os autores concluíram que a perda dentária afeta a qualidade de vida dos idosos quando essa perda interfere no bem-estar, aparência e estado nutricional da pessoa idosa.

Bidinotto *et al.* (2016), realizaram um estudo com o intuito de determinar se alterações da saúde oral se associam a diminuição da qualidade de vida em idosos. Para isso foram selecionados 389 participantes da cidade de Carlos Barbosa, sul do Brasil, e aplicado um questionário onde a qualidade de vida foi mediada através de uma versão curta do Instrumento de *World Health Organization Quality of Life instrument- Bref* (WHOQoL-Bref), além de serem coletadas informações sobre idade, sexo, localização geográfica (rural e urbana), escolaridade ( $\leq 4$  anos ou  $> 4$  anos de educação básica), estado civil (casado ou solteiro) e renda mensal pessoal. A maior parte da amostra pertencia ao sexo feminino (67,9%), a média de idade foi de 73,8  $\pm$  5,4 anos. Perda dentária foi fator de risco para declínio no domínio psicológico do WHOQOL-BREF (RR = 1,04, 95% de confiança intervalo (IC) = 1,02-1,06). Melhor satisfação com a capacidade mastigatória foi um fator protetor contra o declínio psicológico (RR=0,69, 95%IC=0,50-0,97). Maior satisfação com aparência oral foi um fator de proteção contra o declínio social (RR=0,84,95%IC=0,72-0,98) e ambiental (RR=0,77, 95%IC=0,61-0,97). A perda dentária gera insatisfação com a aparência dental e mastigação afetando o bem estar geral de idosos.

Yen *et al.* (2015), com o objetivo de relacionar a associação entre uso de prótese total e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (OHRoL) - em uma amostra de idosos em Taiwan. Realizaram um estudo transversal em uma amostra de 277 idosos, com 65 anos ou mais, usuários de prótese removível. Por meio de entrevista foram coletados dados sociodemográficos, uso de serviços odontológicos, fatores relacionados ao uso de prótese dentária. A qualidade de vida relacionada a saúde oral foi medida por meio da versão Taiwanesa GOHAI-T. Foi realizado também o exame clínico odontológico. A análise estatística foi feita através STATA versão 13.0 (*Stata Corp, College Station, Texas, EUA*), foi utilizado regressão múltipla hierárquica usando os escores GOHAI-T como variável dependente. Mais da metade da amostra era do sexo feminino (52,7%), a idade média era de 76,8 ( $\pm 0,4$ ) anos, dois terços tinham um nível de escolaridade do ensino médio ou superior (67,9%), a maioria não morava sozinha (81,2%), e mais de três quartos era capaz de arcar com suas despesas de subsistência (78,7%). O número médio dentes naturais foram 7,87  $\pm$  0,4. Todos os preditores juntos foram responsáveis por 50% da variância nas pontuações GOHAI-T. Além disso, escolaridade, o número de dentes naturais, tipo de prótese, a percepção de prótese frouxa, úlcera oral e a percepção satisfação com a prótese teve influência estatística



significante no OHRoL. Quando comparados com outras variáveis, os fatores relacionados ao uso de próteses, especialmente a satisfação com a prótese total, teve o maior impacto nos escores do GOHAI-T. Para os autores a satisfação com a prótese é uma variável importantes para analisar a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (OHRoL), em idosos usuários de próteses removíveis.

De Andrade *et al.* (2012), em estudo transversal, avaliaram o impacto de saúde bucal na qualidade de vida em uma amostra representativa de 857 participantes da cidade de São Paulo, Brasil. Para mensurar o impacto na qualidade de vida foi utilizado o índice de avaliação da saúde bucal geriátrica (GOHAI). Mais da metade da amostra (51,4%) relatou que a última consulta odontológica foi realizada há dois ou menos anos, 85,8% utilizavam próteses dentárias, 41,5% necessitavam de próteses dentárias, e 48,5% eram desdentados. Boa pontuação no GOHAI foi alcançada por 44,7% da amostra, enquanto, 25,6% teve uma pontuação baixa, denotando que a saúde bucal teve um alto grau de impacto na qualidade de vida. Em relação a indivíduos desdentados uma associação significativa foi encontrada entre os escores GOHAI e duas variáveis: fatores de saúde (depressão geriátrica e autopercepção de saúde) e uma medida de saúde bucal (necessidade de prótese). A amostra com baixa pontuação de GOHAI apresentou maior probabilidade de ficar deprimido e classificar a saúde como ruim. Participantes com vinte dentes tiveram menor chance (75%), de ter baixa pontuação no GOHAI. Graus altos e moderados de impacto negativo da saúde bucal na qualidade de vida independem de fatores socioeconômicos, mas estão relacionados à saúde geral e a medidas clínicas de saúde oral.

#### 4.METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional transversal realizado no município de Governador Valadares, Minas Gerais.

O município mineiro está localizado na região leste do estado (Bacia do Rio Doce) e à 324Km da capital Belo Horizonte. Apresenta como principais atividades econômicas o beneficiamento de produtos regionais e atividades extrativistas de madeiras, mica e pedras semipreciosas, com renda per capita média da população igual a R\$ 678,74. De acordo com dados do IBGE (2010) a população do município é de 263.689 habitantes, dos quais 11,7% da mesma é composta por idosos (60 anos ou mais de idade)

Governador Valadares apresenta 56 unidades da ESF e 8 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) implantadas atualmente, com cobertura de 72,6% da população residente. O território urbano do município conta com 37 ESF, nas quais estão cadastrados 20.097 idosos ( $\geq 60$  anos), (BRASIL, 2014).

A zona urbana de Governador Valadares é dividida geograficamente pela Secretaria de Saúde em nove regiões/distritos de saúde, cada qual incluindo entre 2 e 10 unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) em seu território. Para este trabalho, foram selecionadas 7 unidades de ESF, sendo pelo menos 1 unidade por distrito de saúde, afim de englobar mais de cinquenta por cento do território urbano e garantir a obtenção de amostra de indivíduos idosos que represente a diversidade das variáveis estudadas. Foram incluídos no estudo, 64 indivíduos integrantes de uma das unidades abordadas (Tabela 1).

Tabela 1- Amostra segundo cadastro na Estratégia Saúde da Família

<b>Estratégia Saúde da família</b>	<b>Amostra selecionada</b>
Altinópolis	6
Ipê	16
Santa Helena	12
Santa Paula	9
Santa Rita	4
Santos Dumont	6
São Paulo	11
<b>Total</b>	<b>64</b>

Fonte: Elaborado pelo autor (2022)

A amostra foi composta por idosos ativos com 60 anos de idade ou mais de ambos os sexos, vivendo em comunidade, com condições plenas de comunicação e interação interpessoal.

A avaliação da capacidade funcional foi feita usando o Índice de Independência nas Atividades Básicas Diárias (Índice de Katz) para identificação do nível de independência no desempenho de seis funções (tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) e classificação dos indivíduos como independentes ou dependentes se deu quando houve pelo menos uma incapacidade, tabela 2 (ARIK *et al*, 2015; Katz *et al.*,1963).

No presente estudo, foi considerado idoso ativo os participantes que foram classificados como totalmente independentes.

Tabela 2- Índice de independência nas atividades básicas de vida diária

<b>Index</b>	<b>Tipo de classificação</b>
<b>AVDs</b>	
A	Independente para todas as atividades
B	Independente para todas as atividades menos uma
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional.
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades.
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas não classificadas em C,D,E e F.

Fonte: Katz *et al.* (1963)

#### 4.1. ASPECTOS ÉTICOS

É importante ressaltar que esse trabalho faz parte de um projeto maior denominado “INDICADORES DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO ATIVO NA POPULAÇÃO ADULTA E IDOSA DE GOVERNADOR VALADARES, MG.”. O projeto está cadastrado na Plataforma Brasil e já foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora. (Parecer n.º3.339.659). Cabe salientar que quaisquer coletas de dados foram realizadas após ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, também aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, sendo respeitados todos os requisitos expressos na resolução 466/2012.

#### 4.2. CALIBRAÇÃO DOS ENTREVISTADORES

Antecedente às coletas de dados, os entrevistadores foram calibrados por meio de oficinas que tiveram duração de 32 horas. Essas objetivaram: detalhar a operacionalização das etapas do trabalho, compreender as funções de cada entrevistador, discutir aspectos teóricos e práticos dos índices que foram avaliados e garantir um grau aceitável de uniformidade no procedimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Quanto à técnica de calibração, foi adotada a do consenso (RONCALLI *et al.*,2012) calculando-se os coeficientes de concordância entre cada examinador e os resultados obtidos pelo consenso da equipe. O coeficiente Kappa ponderado para cada examinador, teve como limite mínimo aceitável, o valor de 0,82.

#### 4.3. DESCRIÇÃO DAS AVALIAÇÕES

A coleta de dados foi realizada em horários e datas pré-agendadas pelo aluno bolsista de iniciação científica e voluntários dos cursos de Nutrição, Odontologia, Farmácia e Educação Física, devidamente treinados. Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, os 64 indivíduos selecionados passaram por uma entrevista estruturada. As entrevistas foram realizadas por um avaliador, sendo as questões gerais, realizadas pelos alunos dos cursos de Nutrição, Farmácia e Educação Física e o preenchimento e realização o exame clínico odontológico foi realizado pelos alunos de odontologia, necessitando de dois estudantes, sendo um responsável por realizar o exame clínico e o outro por preencher no questionário as informações obtivas através da avaliação clínica.

O exame clínico bucal, foi feito sob luz natural em cadeiras comuns, sem auxílio de radiografias ou secagem. Para cada exame foi utilizado sonda tipo ball point (Golgran Ind. e Com. de Instrumental Odontológico LTDA-São Paulo- Brasil) e espelho nº 5 (Golgran Ind. e Com. de Instrumental Odontológico LTDA-São Paulo-Brasil) esterilizados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Uso e necessidade de prótese, foram variáveis não excludentes, podendo o participante usar e necessitar de prótese. Para a avaliação das próteses dentárias foram utilizados critérios de reciprocidade e estabilidade, retenção, fixação e estética. A ausência de uma desses critérios significava necessidade de prótese.

Após a avaliação, pacientes que necessitavam de algum tratamento dentário foram orientados a procurar atendimento no posto de saúde ou nas clínicas

odontológicas da UFJF-GV. Para os participantes usuários de próteses foram dadas orientações acerca da correta higienização e cuidados protéticos.

#### 4.4. VARIÁVEIS DO ESTUDO

O presente estudo utilizou algumas das informações contidas no questionário, que segue em anexo, visando a descrição dos determinantes que associam a saúde bucal ao envelhecimento ativo, através de questões em relações aos seguintes aspectos:

- Identificação, Gênero e Cultura: Para identificação, gênero e cultura foram utilizadas as variáveis: nome, data de nascimento/idade, gênero.
- Determinantes Econômicos: A variável utilizada para a obtenção do perfil econômico foi renda.
- Determinantes Sociais: Para o perfil social foram avaliadas as variáveis: escolaridade, trabalhos não remunerados em casa ou atividades voluntárias e redes de apoio social.
- Determinantes Pessoais: Para a avaliação dos determinantes pessoais do envelhecimento ativo foram selecionadas as variáveis autoavaliação da saúde, autoavaliação da alimentação, grau de satisfação com o sorriso, grau de satisfação com a eficiência mastigatória, grau de satisfação com a vida.
- Determinante de Acesso à Saúde: O determinante de acesso à saúde avaliado foi consultas odontológicas nos últimos 12 meses.
- Determinantes Comportamentais: Para avaliação dos determinantes comportamentais do envelhecimento ativo dos participantes, foram selecionadas variáveis de hábitos de seguimento de orientações profissionais quanto à realização do autoexame bucal, seguimento de orientações profissionais quanto à realização da higiene bucal e seguimento de orientações profissionais quanto a cuidados com as próteses dentárias [Apenas para entrevistados com uso de próteses].
- Avaliação da Saúde bucal: Para a avaliação da condição de saúde bucal foram analisados: Dentes hígidos, dentes perdidos, dentes obturados, lesão em dentina, lesão em polpa, extração indicada, condição periodontal e condições protéticas (uso e necessidade protética) e fonética. Os índices utilizados no projeto bem como acréscimos ou modificações foram baseados no SB Brasil 2010 e atendem às

recomendações da Organização Mundial da Saúde na 4ª edição de seu Manual de Instruções para Levantamento Epidemiológico Básico em Saúde Bucal e levaram em conta a experiência acumulada no Brasil em várias regiões, notadamente a partir dos anos 1980 (MEDEIROS *et al.*, 2012).

#### 4.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

A tabulação dos dados obtidos foi realizada em software Excel com dupla entrada de dados para minimizar os erros. A análise estatística dos dados obtidos foi realizada no pacote estatístico Stata® versão 13.0 (*Stata Corp. College Station, Estados Unidos*). Para descrever os dados encontrados foram usados porcentagem, média aritmética e desvio padrão.

Para analisar presença ou ausência de cálculo, o Índice Periodontal Comunitário foi usado como parâmetro, sendo assim, os elementos dentários foram divididos em sextantes e calculado a porcentagem de cálculo dentário de todos os participantes em cada sextante. O índice CPOD foi utilizado para calcular a média de dentes perdidos, cariados ou obturados.

Para correlacionar as variáveis categóricas foi utilizado o teste exato de Fisher (uso e necessidade de prótese; dados sociodemográficos e orientações de higiene oral; dados sociodemográficos e autoexame bucal; dados sociodemográficos e eficiência mastigatória; dados sociodemográficos e satisfação com o sorriso; saúde geral e satisfação com o sorriso; uso de prótese e satisfação com a vida; necessidade de prótese e satisfação com o sorriso; rede de apoio social (grupo de convivência e participação como voluntário) e necessidade de prótese; rede de apoio social e fonética; uso de prótese e dados sociodemográficos; necessidade de prótese e dados sociodemográficos), testes de Mann-Whitney (Correlação entre: CPOD e escolaridade, CPOD e convivência) e de Kruskal-Wallis (correlação entre CPOD e renda). A utilização desses testes ocorreu devido à ausência da distribuição normal entre as variáveis. A análises dos dados foi realizada com nível de significância 5% e intervalo de confiança (IC) de 95%.

## 5. RESULTADOS

Participaram da pesquisa 64 idosos, sendo a maioria do sexo feminino (64,06%), e a média de idade foi de 68,37 anos. As informações gerais dos participantes podem ser observadas na tabela 3. De acordo com os dados sociodemográficos, a maioria dos participantes tinha renda entre 1 a 3 salários mínimos (51,56%). A maior parte dos entrevistados tinha o nível de escolaridade até o fundamental incompleto (54.69%).

Tabela 3- Distribuição dos dados socioeconômicos

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>	<b>Cum.</b>
<b>Sexo</b>			
Masculino	23	35,94 %	35,94 %
Feminino	41	64,06%	100,00 %
<b>Renda</b>			
< 1 salário mínimo	27	42,19%	42,19 %
1 a 3 salários mínimos	33	51,56%	93,75%
3 a < 6 salários mínimos	4	6,25%	100,00 %
<b>Escolaridade</b>			
Analfabeto	5	7,81%	7,81%
Lê e escreve	5	7,81%	15,63 %
Fundamental incompleto	35	54,69 %	70,31 %
Fundamental completo	5	7,81%	78,13 %
Médio incompleto	2	3,13%	81,25 %
Médio completo	8	12,50%	93,75 %
Superior incompleto	4	6,25%	100,00 %
Superior completo	0	0%	'100,00%

Fonte: Elaborado pelo autor (2022)

Quanto a avaliação de saúde geral, mais da metade da amostra autorreferiram como razoável (56,35%). Ao autoavaliarem a qualidade de



alimentação 67,19% da amostra estava satisfeita/muito satisfeita com a mesma. Com relação a satisfação com a vida, 75% dos participantes estavam satisfeita/muito satisfeita. Quando abordados sobre eficiência mastigatória, 60,94% da amostra relatou eficiência mastigatória boa/muito boa. Quanto a satisfação com o sorriso, a maior parte da amostra estava satisfeita/muito satisfeita (Tabela 4).

Tabela 4- Autopercepção dos pacientes com relação aos determinantes pessoais

<b>Variáveis auto relatadas</b>	<b>Frequência relativa</b>	<b>Frequência absoluta</b>	<b>Cum.</b>
<b>Avaliação da saúde geral</b>			
Muito ruim/Ruim	4	6,25%	6,25%
Razoável	36	56,25%	62,50%
Boa/Muito Boa	24	37,50%	100,00%
<b>Avaliação da qualidade de alimentação</b>			
Muito Ruim/Ruim	3	4,69%	4,69%
Razoável	18	28,13%	32,81%
Boa/Muito boa	43	67,19%	100,00%
<b>Satisfação com a vida</b>			
Muito Insatisfeito/Insatisfeito	4	6,25%	6,25%
Regular	12	18,75%	25,00%
Satisfeito/Muito Satisfeito	48	75,00%	100,00%
<b>Eficiência Mastigatória</b>			
Muito insatisfeito/Insatisfeito	18	28,13%	28,13%
Regular	7	10,94%	39,07%
Satisfeito/Muito Satisfeito	39	60,94%	100,00%
<b>Satisfação com o sorriso</b>			
Muito insatisfeito/Insatisfeito	15	23,44%	23,44%
Regular	7	10,94%	34,38%
Satisfeito/Muito Satisfeito	42	65,63%	100,00%

Fonte: Elaborado pelo autor (2022)

Com relação a saúde oral dos participantes, o CPOD médio foi de  $23,25 \pm 7,99$ , sendo perda dentária a condição mais comum (60,95%) e a menos comum foi

dentes cariados (0,56%). A presença de cálculo dentário apresentou maior prevalência no sextante inferior central (31,51%) (Tabela 5).

Tabela 5- Porcentagem de cálculo dentário e dentes ausentes por sextante

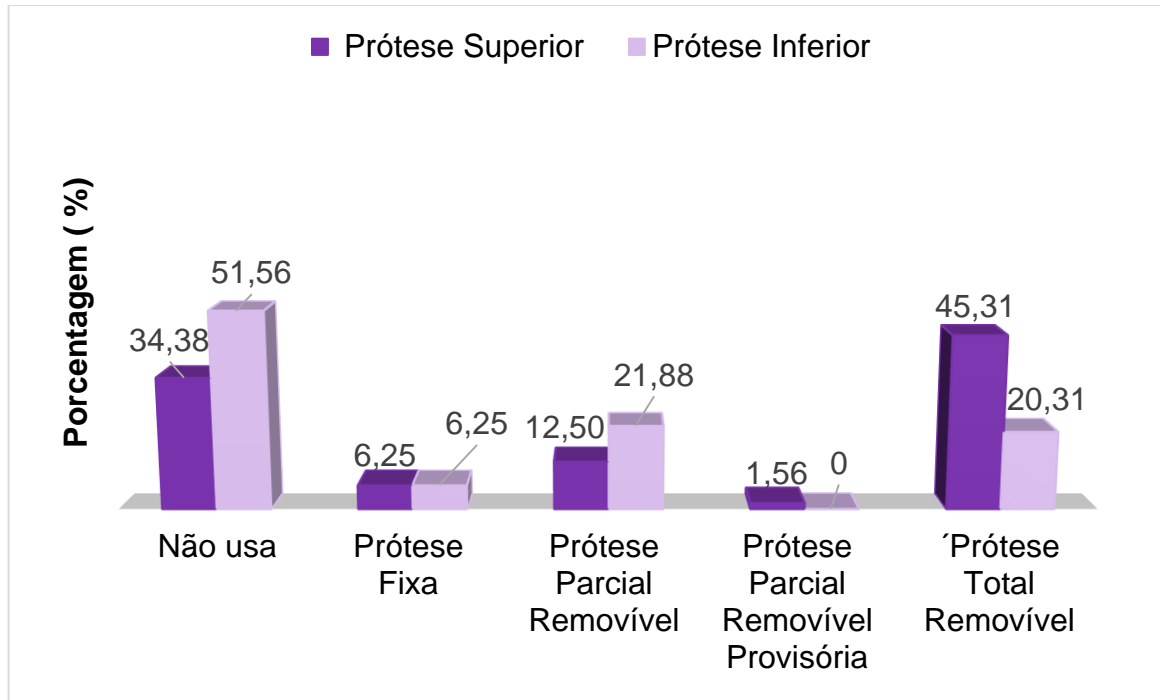
Sextante	Cálculo dentário		Dentes ausentes
	Presença	Ausência	
Superior direito	3,12%	24,06%	72,81%
Superior central	4,95%	37,76%	57,29%
Superior esquerdo	5,00%	22,81%	72,18%
Inferior esquerdo	5,93%	26,25%	67,81%
Inferior central	31,51%	34,37%	34,11%
Inferior esquerdo	6,56%	25,31%	68,12%

Fonte: Elaborado pelo autor (2022)

A maioria da amostra usava prótese superior e/ou inferior, sendo prótese total removível a mais usada na arcada superior (45,31%) e prótese parcial removível (21,28%) a mais usada na arcada inferior (Gráfico 1). Entre os indivíduos que apresentavam necessidade de prótese superior e/ ou inferior, na arcada superior necessidade de prótese total removível foi a mais relatada no exame clínico (37,50%) e na arcada inferior, prótese parcial removível, 45,31% (Gráfico 2). A idade média de uso e necessidade de prótese foi de 68,77 e 68,20 anos, respectivamente. A relação entre indivíduos que usavam prótese dentária e ao mesmo tempo necessitavam de prótese, não foi estatisticamente significativa ( $p=0,110$ ). Foi observado que 79,55% da amostra que usava alguma prótese necessitava de outra e somente 20,45% estavam com as próteses satisfatórias. Com relação a amostra que não utilizava prótese dentária, foi percebido em 95% dos participantes havia necessidade de prótese.

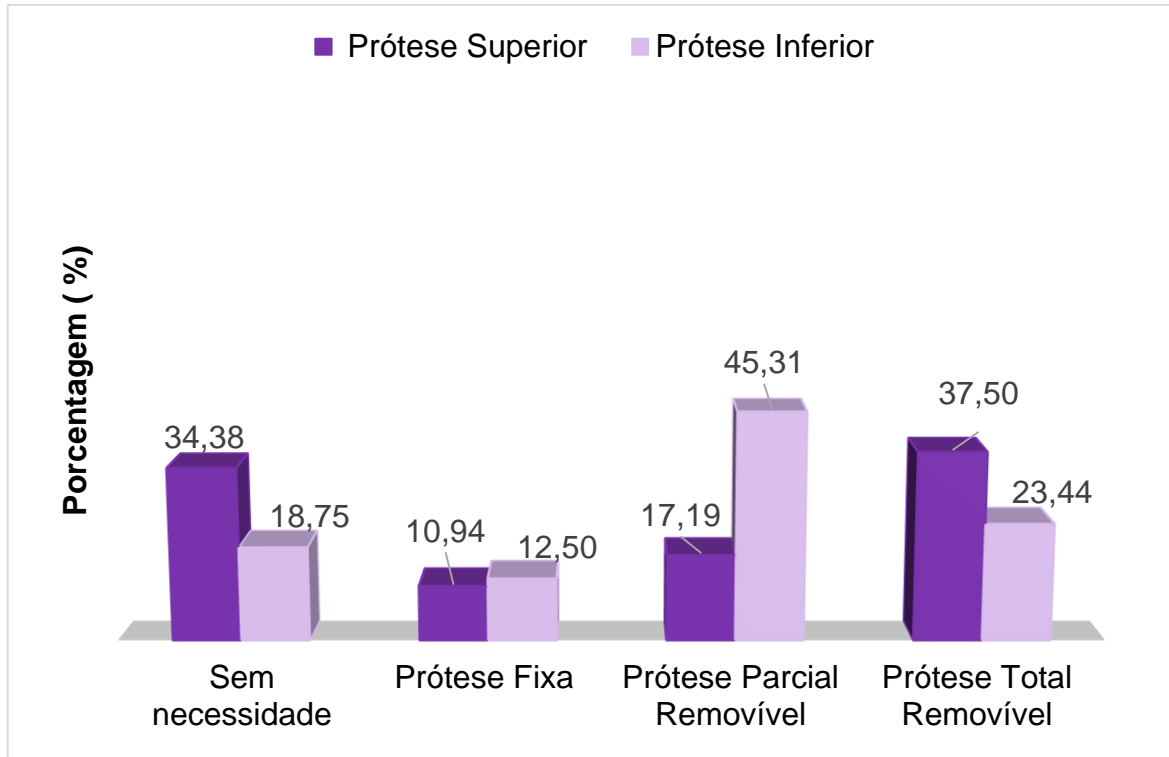
A maioria dos participantes não realizaram consulta odontológica no último ano (65,63%).

Gráfico 1- Uso de prótese nas arcadas superior e inferior



Fonte: Elaborado pelo autor (2022)

Gráfico 2- Necessidade de prótese nas arcadas superior e inferior



Fonte: Elaborado pelo autor (2022)

Acerca das informações recebidas sobre autoexame bucal, 57,81% dos participantes relataram não terem sido orientados. A maioria dos participantes relataram terem recebido informações de higiene oral e de higienização de prótese, 51,56% e 54,55%, respectivamente.

Quando dados de saúde oral e condições socioeconômicas foram associados foi observado que quanto maior o nível de escolaridade menor era o CPOD ( $p=0,0277$ ), tabela 6.

Associação entre CPOD e apoio social foi estatisticamente significativa, no que se refere a convivência com outras pessoas ( $p=0,0037$ , tabela 6).

Tabela 6- Associações entre CPOD e dados socioeconômicos e apoio social

Variáveis	CPOD	VALOR P
<b>Renda</b>		
<1 Salário mínimo	23,77± 7,8	
De 1 a <3 Salários mínimos	23,75± 8,25	0,1190 <sup>a</sup>
De 1 a <6 Salários mínimos	15,5 ±1,29	
<b>Escolaridade</b>		
Até 8 anos	24,55±7,91	
Maior 8 anos	20,15 ±7,47	0,0277 <sup>b</sup>
<b>Apoio Social</b>		
Convive	19,88± 7,70	
Não Convive	25,70±7,36	0,0037 <sup>b</sup>

Fonte: Elaborado pelo autor (2022)

<sup>a</sup> Teste Kruskal-Wallis, <sup>b</sup> Teste Mann-Whitney

Não foram identificadas associações entre uso de prótese e sexo ( $p=0,229\%$ ), renda ( $p=0,188$ ) e escolaridade ( $p=0,404$ ), nem entre necessidade de prótese e sexo ( $p=0,517$ ), renda ( $p=0,462$ ) e escolaridade ( $p=0,334$ ), tabela 7.

Tabela 7- Associação entre dados socioeconômicos e uso e necessidade de prótese

Dados socioeconômicos	Usa prótese		Necessidade	
	Sim	Não	Sim	Não
<b>Sexo</b>				
Masculino	31,82%	45,00%	35,19%	40,00%
Feminino	68,18%	55,00%	68,81%	60,00%
<b>Valor P</b>	0,229 <sup>a</sup>		0,517 <sup>a</sup>	
<b>Renda</b>				
<1 Salário mínimo	36,36%	55,00%	44,44%	30,00%
De 1 a <3 Salários mínimos	59,09%	35,00%	48,50%	70,00%
De 3 a <6 Salários mínimos	4,55%	10,00%	7,41%	0,00%
<b>Valor P</b>	0,188 <sup>a</sup>		0,462 <sup>a</sup>	
<b>Escolaridade</b>				
Até 8 anos	68,50%	75,00%	72,22%	60,00%
Maior que 8 anos	31,82%	25,00%	27,78%	40,00%
<b>Valor P</b>	0,404 <sup>a</sup>		0,334 <sup>a</sup>	

Fonte: Elaborado pelo autor (2022)

<sup>a</sup> Teste exato de Fisher

Não houve associação estatística entre escolaridade e orientação sobre o autoexame bucal ( $p=0,651$ ). Ao associar renda com orientação de autoexame bucal, não foi observada associação estatisticamente significativa ( $p= 0,0330$ ). Foi observado associação entre escolaridade e informações de higiene oral ( $p= 0,032$ ). Entretanto, não houve associação entre informações de higiene oral e renda ( $p=0,109$ ), tabela 8.

Tabela 8- Associação entre dados socioeconômicos e recebimento de orientações de higiene oral e autoexame bucal

Dados Socioeconômicos	Orientação de Higiene oral		Orientação de autoexame bucal	
	Sim	Não	Sim	Não
	<b>Renda</b>			
<1 Salário mínimo	59,26%	40,74%	55,55%	44,44%
De 1 a <3 Salários mínimos	60,61%	39,39%	33,33%	66,67%
De 3 a <6 Salários mínimos	75,00%	25,00%	25,00%	75,00%
<b>Valor P</b>	0,109 <sup>a</sup>		0,330 <sup>a</sup>	
<b>Escolaridade</b>				
Até 8 anos	51,11%	48,89%	42,23%	57,78%
Maior que 8 anos	84,24%	15,79%	42,11%	57,89%
<b>Valor P</b>	0,032 <sup>a</sup>		0,651 <sup>a</sup>	

Fonte: Elaborado pelo autor (2022)

<sup>a</sup> Teste Kruskal-Wallis, <sup>b</sup> Teste Mann-Whitney

Associação estatística não foi encontrada entre eficiência mastigatória e escolaridade ( $p=0,916$ ) e renda ( $p=0,182$ ). Pôde ser observado que a maior parte da amostra com escolaridade de até 8 anos (60,00%) e maior que 8 anos (63,16%), estavam satisfeitos/muito satisfeitos com a eficiência mastigatória. Em relação a renda, a maior parte dos participantes com menos de 1 salário mínimo estavam satisfeitos/muito satisfeitos com a eficiência mastigatória, o mesmo ocorreu com os participantes de renda de 1 a até 3 salários mínimos (57,57%) e metade (50,00%) dos participantes com 3 a até 6 salários mínimos estavam insatisfeitos/muito insatisfeitos com a eficiência mastigatória.

Ao associar satisfação com o sorriso com escolaridade ( $p=0,850$ ) e renda ( $p=0,163$ ) não houve associação estatisticamente significativa. Participantes com escolaridade de até 8 anos, 66,67% estavam satisfeitos/muito satisfeitos com o

sorriso, dos participantes com escolaridade maior que 8 anos, a maior parte (63,16%) estava satisfeito ou muito satisfeito. Ao analisar renda e satisfação com o sorriso, foi observado que a maioria dos participantes com menos de 1 salário mínimo (77,77%), com 1 a até 3 salários mínimos (51,51%) e de 3 a até 6 salários mínimos (100%) estavam satisfeitos/muito satisfeitos com o sorriso

Além disso, associação significativa foi encontrada entre satisfação com o sorriso e avaliação de saúde geral ( $p=0,004$ ), tabela 9.

Tabela 9- Associação entre avaliação de saúde geral e satisfação com o sorriso

Avaliação da saúde geral	Satisfação com o sorriso		Valor P
	Muito insatisfeito/insatisfeito/Neutro	Muito satisfeito/Satisfeito	
Muito ruim/ruim	26,67%	0,00%	
Razoável	60,00%	55,10%	0,004 <sup>a</sup>
Muito boa/boa	13,33%	44,9%	

Fonte: Elaborado pelo autor(2022)

<sup>a</sup> Teste exato de Fisher

Não foi encontrada associação entre satisfação com a vida e uso de prótese ( $p=0,822$ ). Tanto participantes que usavam prótese dentária (75,00%) quanto os que não usavam (75,00%) estavam satisfeitos/muito satisfeitos com a vida, enquanto 6.82% dos que usavam prótese e 5.00% dos que não usavam estavam muito insatisfeitos/insatisfeitos com vida.

Associação significativa não foi encontrada entre necessidade de prótese e satisfação com sorriso ( $p=0,900$ ). Também não houve associação entre necessidade de prótese e participação em grupo de convivência ( $p=0,570$ ), bem como necessidade de prótese e participação como voluntário ( $p=0,624$ ). O mesmo pode ser observado ao associar participação em grupos de convivência ( $p=0,568$ ) e participação como voluntário ( $p=0,188$ ) com fonética.

## 6. DISCUSSÃO

A população idosa tem crescido no Brasil (VERAS 2009; IBGE 2008). Com isso a literatura tem relacionado cada vez mais a saúde oral com a qualidade de vida da pessoa idosa (BIDINOTTO *et al.*, 2016; DE ANDRADE *et al.*, 2012; MIOTTO, BARCELLOS, VELTEN, 2012). Estudos sugerem que o estado de saúde oral do idoso pode influenciar a saúde e funcionalidades gerais (JONES, KRESSIN, KAZIS 2006; SPANEMBERG *et al.* 2019). Com base nessas informações, o estudo buscou descrever as condições de saúde oral de idosos ativos.

Na presente pesquisa, foi observado um precário estado de saúde oral dos idosos ativos (CPOD=  $23,25 \pm 7,99$ ), com alta prevalência de perda dentária (60,95%), uso superior (65,62%) e inferior (48,44%) e necessidade superior (65,62%) e inferior (81,25%) de prótese dentária. Tais resultados, são condizentes com estudos que avaliaram as condições de saúde bucal no Brasil. (AZEVEDO *et al.*, 2017; MARTINS *et al.*, 2008).

Muitos estudos relacionam as condições de saúde oral com as características socioeconômicas da população (FERREIRA, ANTUNES E ANDRADE 2013; ROBERTO *et al.*, 2019). Embora a maior parte da amostra tenha baixa renda, menos de três salários mínimos (93,75%), a mesma não demonstrou associação com as condições de saúde oral ( $p=0,1190$ ). No entanto, nível educacional foi associado ao CPOD,  $p= 0,0277$ , ou seja, quanto menor a escolaridade maior era o CPOD dos participantes, tais achados também foram observados no estudo realizado por Andrade *et al.* (2019), onde foi encontrado associação significativa entre escolaridade e número de dentes funcionais. Além disso, o nível de instrução estava associado ao recebimento de orientações de higiene oral ( $p= 0,032$ ), tal correlação pode ser explicada pelo fato de que níveis mais altos de escolaridade favorecem o acesso às informações.

A presença de cálculo dentário foi observada em metade da amostra e a maior prevalência foi no sextante central inferior (31,51%). Presença de cálculo nessa região pode estar relacionada com maior ausência de elementos dentários posteriores. Além disso, o alto número de participantes com cálculo dentário pode ser explicado pela falta de orientações de higiene oral relatada por parte considerável da amostra (48,44%) e por mais da metade dos idosos não terem ido



no consultório odontológico no último ano (65,63%), necessitando de mais estudos sobre o tema. Resultado semelhante foi encontrada no Projeto SBBRASIL (2012), onde a média nacional de idosos que visitaram dentista entre o período de 1 ou 2 anos foi pequena (20,80%).

De acordo com a literatura, saúde oral deficiente pode causar a perda dentária, dor e desconforto, impedindo que idosos mastiguem os alimentos adequadamente, geralmente levando a uma nutrição deficiente (EKE *et al.*, 2016; YIN *et al.*, 2020). No presente estudo, embora a amostra apresente grandes perdas dos elementos dentários, ocorreu prevalência de uma autoavaliação satisfeito/muito satisfeito da eficiência mastigatória (60,94%) e avaliaram a qualidade da alimentação como boa/muito boa (67,19%) , resultando semelhante foi encontrado em estudo realizado por Nunes e Abegg (2008), onde capacidade mastigatória foi avaliada como boa ou excelente por 45,8 % da amostra, esse achado pode ser elucidado pelo fato de que assim como perdas dentárias, os participantes podem ter considerado dificuldade de mastigação como algo intrínseco do envelhecimento, além disso o fato usarem critérios subjetivos para avaliarem a mastigação pode estar relacionado com contraste entre os dados coletados no exame clínico e a autoavaliação . Entretanto, esse resultado não está de acordo com estudo realizado no país (BRASIL, 2012), uma vez que na avaliação do impacto das condições de saúde bucal sobre a vida diária das pessoas, a dificuldade de comer foi o impacto mais prevalente em idosos (31,9%). No estudo, necessidade de prótese não teve associação significativa com menor satisfação com o sorriso ( $p=0.900$ ), tais dados podem estar relacionados ao fato que idosos consideram a perda dentária como parte do processo de envelhecimento (RIBEIRO, PIRES, PEREIRA, 2012), além de utilizarem critérios que diferem dos utilizados pelo cirurgião dentista (SILVA, CATELLANOS FERNANDES, 2001).

Ao associar uso e necessidade de prótese com idade, renda, escolaridade e sexo não foram encontradas associações significativas. Esses resultados são divergentes do encontrado na literatura (AZEVEDO *et al.*, 2017). Essa discordância pode ter relação com o baixo número amostral do presente estudo, sendo necessário mais estudos acerca do assunto na população estudada.

Segundo estudos, a autopercepção de saúde oral é capaz de orientar e prever a necessidade de cuidados. Portanto acredita-se que a autopercepção e as condições clínicas de saúde bucal são diretamente proporcionais (COSTA *et al.*, 2019).

Embora estudos tenham encontrado essa associação (PATUSSI *et al.*, 2010), essa associação não foi demonstrada na presente pesquisa, uma vez que grande parte da amostra (65,63%) estava satisfeita ou muito satisfeita com o sorriso, contrastando assim com o precário estado de saúde bucal (CPOD=  $23,25 \pm 7,99$ ), que pôde ser constatado à partir do exame clínico. O mesmo foi relatado em estudo realizado por Nunes e Abegg (2008), onde variáveis como CPOD, renda pessoal mensal e uso de prótese total não foram estaticamente significativos para a autoavaliação de saúde oral. Além disso, em pesquisa realizada por Carvalho *et al.* (2016), idosos que visitaram o dentista há menos de um ano tiveram maior probabilidade de apresentarem autopercepção mais baixa em relação àqueles que não foram ao cirurgião dentista, esse achado ajudar a esclarecer essa associação, visto que grande parte da amostra do presente estudo não relatou visita ao dentista no último ano.

Segundo Limpuangthip, Somkotra e Arksornnukit (2019), a saúde bucal pode influenciar de modo indireto a felicidade por meio da qualidade de vida relacionada à saúde geral. Sendo assim, a integração entre saúde bucal e saúde geral é recomendada para ajudar as pessoas a perceberem a importância da saúde bucal como parte de sua saúde geral e qualidade de vida (LIMPUANGTHIP, SOMKOTRA, ARKSORNNUKIT, 2019). Nos achados do presente estudo foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre satisfação com sorriso e avaliação de saúde geral ( $p=0,004$ ), ou seja, quanto mais satisfeitos com o sorriso, melhor avaliavam a saúde geral. Essa é uma importante descoberta no estudo, pois demonstra que na amostra de idosos ativos estudados existe uma relação entre a saúde oral e saúde geral quando analisadas de forma subjetiva.

Outro importante dado encontrado, foi a associação significativa entre CPOD e convivência com outras pessoas ( $p=0,0037$ ), isso significa que na amostra estudada, quanto maior era o índice CPOD menor era a convivência de idosos ativos com outras pessoas, achados similares foram encontrados na literatura (BIDINOTTO *et al.*, 2016). De acordo com Carvalho *et al.* 2016, a perda dentária afeta ou limita o contato com outras pessoas. A amostra estudada, apresentou alta prevalência de perda dentária, tal fato pode ajudar a explicar a associação encontrada.

As associações encontradas mostram que a saúde oral pode influenciar na qualidade de vida dos idosos ativos, estando esse resultado em conformidade com

diversos estudos. (DAHL *et al.*, 2011; REBELO *et al.*, 2016; SAINTRAIN, DE SOUZA, 2012).

No presente estudo, foram considerados idosos ativos aqueles que apresentam independência nas atividades básicas de vida diária. Entretanto é sabido que o envelhecimento ativo, segundo a OMS (2005), engloba não somente a capacidade de estar fisicamente ativo mas também significa uma atuação constante em questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, de modo a melhorar a qualidade de vida à medida que os indivíduos envelhecem, sendo assim, de acordo com os dados encontrados, a saúde oral precária tem atrapalhado o processo de envelhecimento ativo em sua totalidade, uma vez que na amostra de idosos do estudo, saúde oral ruim afetou a convivência de idosos com outras pessoas e causou uma pior autoavaliação de saúde geral. Além disso, estudo recente realizado por Kotronia *et al.*(2019) evidenciou que a presença de problemas de saúde oral pode estar associada com incapacidade e função física ruim em populações de idosos. Portanto, a saúde bucal pode ser considerada um determinante importante para o envelhecimento ativo da população, segundo os dados encontrados, sendo necessário mais estudos acerca do assunto.

O exame clínico ter sido realizado por diferentes operadores e o baixo número amostral, pode ser considerado um ponto limitante do estudo. Porém, para minimizar a variação foi realizado treinamento e calibração prévia dos examinadores e aplicado teste de coeficientes de concordância entre cada examinador.

A amostra do estudo faz parte da Estratégia de Saúde Família, que tem o cirurgião dentista como parte integrante da equipe. Sendo assim, faz-se necessário a adoção de medidas de educação em saúde oral, para essa população, que tenham como objetivo passar informações e orientações acerca da saúde bucal e conscientizar a comunidade de que a busca ao consultório odontológico não deve ser pautada apenas na prática curativa mas deve ser um meio para prevenir e evitar problemas odontológicos que posteriormente poderão causar impacto na qualidade de vida.

Os achados do presente estudo, embora preliminares, são importantes para conhecer a saúde oral de idosos ativos bem como sua importância para o processo de envelhecimento ativo.

## **7. CONCLUSÃO**

A saúde oral de idosos ativos de Governador Valadares-MG é precária com alta prevalência de perdas dentárias, uso e necessidade de prótese.

A saúde bucal pode afetar a qualidade de vida da pessoa idosa, uma vez que associações significativas foram encontradas entre: CPOD e convivência com outras pessoas; satisfação com o sorriso e autoavaliação de saúde geral; escolaridade e CPOD e ao recebimento de informações acerca da saúde oral.

## REFERÊNCIAS

Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações Rev Saude Publica 2009;43(3):548-54.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Uma abordagem demográfica para estimar o padrão histórico e os níveis de subenumeração de pessoas nos censos demográficos e contagens de população. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2008.

Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Self-perception of oral health in older adults from an urban population in Lisbon, Portugal. Rev Saude Publica 2016;50:53.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. - Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.60p.: il.

Jones J, Kressin N, Kazis L et al. Oral conditions and quality of life. J Ambul Care Manage. 2006, 29(2)167-181.

Spanemberg JC, Cardoso JA, Slob EMGB, López-López J. Quality of life related to oral health and its impact in adults. J Stomatol Oral Maxillofac Surg. 2019;120(3):234-239.

Haikal DAS, Paula AMB, Martins AMEBL, Moreira NA, Ferreira EF. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quantitativa [Self-perception of oral health and impact on quality of life among the elderly: a quantitative-qualitative approach]. Cien Saude Colet. 2011; 16(7):3317-3329.

Makhija SK, Gilbert GH, Boykin MJ, Litaker MS, Allman RM, Baker PS, Locher JL, Ritchie CS. The relationship between sociodemographic factors and oral health-related quality of life in dentate and edentulous community-dwelling older adults. J Am Geriatr Soc. 2006; 54(11):1701-12.

Miotto MHMB, Barcellos LA, Velten DB. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região

Sudeste [Evaluation of the impact on quality of life caused by oral health problems in adults and the elderly in a southeastern Brazilian city]. *Cien Saude Colet.* 2012;17(2):397-406.

Locker D, Matear D, Stephens M, Jokovic A. Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. *Community Dent Health.* 2002;19(2):90-7.

Haag DG, Peres KG, Balasubramanian M, Brennan DS. Oral Conditions and Health-Related Quality of Life: A Systematic Review. *J Dent Res.* 2017;96(8):864-874.

Yin Z, Yang J, Huang C, Sun H, Wu Y. Eating and communication difficulties as mediators of the relationship between tooth loss and functional disability in middle-aged and older adults. *J Dent.* 2020;3:103331.

Silva SR, Castellanos Fernandes RA. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos [Self-perception of oral health status by the elderly]. *Rev Saude Publica.* 2001;35(4):349-55.

Matos DL, Lima-Costa MF. Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003 [Self-rated oral health among Brazilian adults and older adults in Southeast Brazil: results from the SB-Brasil Project, 2003]. *Cad Saude Publica.* 2006;22(8):1699-707.

Ribeiro D, Pires I, Pereira ML. Comportamentos e auto-percepção em saúde oral de um população geriátrica da região do Porto, Portugal. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.* 2012;53(4):221-6.

Kim J, Lee H, Cho E, Lee KH, Park CG, Cho BH. Multilevel Effects of Community Capacity on Active Aging in Community-Dwelling Older Adults in South Korea. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci).* 2020;14(1):36-43.

Sousa NFDS, Lima MG, Cesar CLG, Barros MBA. Active aging: prevalence and gender and age differences in a population-based study. *Cad Saude Publica.* 2018;34(11):e00173317.

Sousa NFDS, Medina LPB, Bastos TF, Monteiro CN, Lima MG, Barros MBA. Social inequalities in the prevalence of indicators of active aging in the Brazilian population:

National Health Survey, 2013. *Rev Bras Epidemiol.* 2019; 22Suppl 02(Suppl 02):E190013.SUPL.2.

Campos AC, Ferreira e Ferreira E, Vargas AM. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero [Determinants of active aging according to quality of life and gender]. *Cien Saude Colet.* 2015 ;20(7):2221-37.

Gil-Montoya JA, de Mello AL, Barrios R, Gonzalez-Moles MA, Bravo M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. *Clin Interv Aging.* 2015;10:461-7.

Côrte-Real IS, Figueiral MH, Campos JCR. As doenças orais no idoso – Considerações gerais. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.* 2011;52(3):175–180.

Bozdemir E, Yilmaz HH, Orhan H. Oral mucosal lesions and risk factors in elderly dental patients. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects.* 2019;13(1):24-30.

Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogowa H. Global oral health of older people – Call for public health action. *Community Dent Health.*2010; 27(Supl 2):257 258.

Martins AMEBL, Haikal DS, Pereira SM, Barreto SM. Uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil [Routine use of dental services by the elderly in Brazil: the SB Brazil Project]. *Cad Saude Publica.* 2008;24(7):1651-1666.

Azevedo JS, Azevedo MS, Oliveira LJC, Correa MB, Demarco FF. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrazil 2010): prevalências e fatores associados [Needs for dental prostheses and their use in elderly Brazilians according to the National Oral Health Survey (SBBrazil 2010): prevalence rates and associated factors]. *Cad Saude Publica.* 2017;33(8):e00054016.

Roberto LL, Crespo TS, Monteiro-Junior RS, Martins AMEBL, De Paula AMB, Ferreira EF, Haikal DS. Sociodemographic determinants of edentulism in the elderly population: A systematic review and meta-analysis. *Gerodontology.* 2019 ;36(4):325-337.

Ferreira CO, Antunes JL, Andrade FB. Fatores associados à utilização dos serviços odontológicos por idosos brasileiros [Factors associated with the use of dental services by elderly Brazilians]. *Rev Saude Publica*. 2013 ;47 Suppl 3:90-7.

Esmeriz CEC, Meneghim MC, Ambrosano GMB. Self-perception of oral health in non-institutionalised elderly of Piracicaba city, Brazil. *Gerodontology*. 2012;29(2):281-9.

Moon JH, Heo SJ, Jung JH. Factors Influencing Self-Rated Oral Health in Elderly People Residing in the Community: Results from the Korea Community Health Survey, 2016. *Osong Public Health Res Perspect*. 2020;11(4):245-250.

Pattussi MP, Peres KG, Boing AF, Peres MA, da Costa JS. Self-rated oral health and associated factors in Brazilian elders. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2010;38(4):348-59.

Andrade FB, Teixeira DSDC, Frazão P, Duarte YAO, Lebrão ML, Antunes JLF. Oral health profile among community-dwellingelderly and its association with self-rated oral health. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;21Suppl 02(Suppl 02):e180012.

Nunes CI, Abegg C. Factors associated with oral health perception in older Brazilians. *Gerodontology*. 2008;25(1):42-8.

Rebelo MA, Cardoso EM, Robinson PG, Vettore MV. Demographics, social position, dental status and oral health-related quality of life in community-dwelling older adults. *Qual Life Res*. 2016;25(7):1735-42.

Dahl KE, Wang NJ, Holst D, Ohrn K. Oral health-related quality of life among adults 68-77 years old in Nord-Trøndelag, Norway. *Int J Dent Hyg*. 2011;9(1):87-92.

Saintrain MV, de Souza EH. Impact of tooth loss on the quality of life. *Gerodontology*. 2012;29(2):e632-6.

Bidinotto AB, Santos CM, Tôrres LH, de Sousa MD, Hugo FN, Hilgert JB. Change in Quality of Life and Its Association with Oral Health and Other Factors in Community-Dwelling Elderly Adults-A Prospective Cohort Study. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(12):2533-2538.



Yen YY, Lee HE, Wu YM, Lan SJ, Wang WC, Du JK, Huang ST, Hsu KJ. Impact of removable dentures on oral health-related quality of life among elderly adults in Taiwan. *BMC Oral Health*. 2015;15:1. doi: 10.1186/1472-6831-15-1.

de Andrade FB, Lebrão ML, Santos JL, da Cruz Teixeira DS, de Oliveira Duarte YA. Relationship between oral health-related quality of life, oral health, socioeconomic, and general health factors in elderly Brazilians. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(9):1755-60.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Histórico de Cobertura da Saúde da Família ano base 2014.

Arik G, Varan HD, Yavuz BB, Karabulut E, Kara O, Kilic MK, Kizilarslanoglu MC, Sumer F, Kuyumcu ME, Yesil Y, Halil M, Cankurtaran M. Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. 2015; 61(3):344-50.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. STUDIES OF ILLNESS IN THE AGED. THE INDEX OF ADL: A STANDARDIZED MEASURE OF BIOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL FUNCTION. *JAMA*. 1963;185:914-9.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Roncalli AG, Silva NN, Nascimento AC, Freitas CHSM, Casotti E, Peres KG et al. Aspectos metodológicos do Projeto SBBrasil 2010 de interesse para inquéritos nacionais de saúde [Relevant methodological issues from the SBBrasil 2010 Project for national health surveys]. *Cad. Saude Pública*. 2012; 28( Suppl ):40-57.

Medeiros JJ, Rodrigues LV.; Azevedo AC.; Lima Neto EA; Machado, LS.; Valença, AMG. Edentulism, denture use and need and associated factors in a Brazilian Northeastern City. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria Clínica Integrada*. 2012; 12(4): 573-78.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466 de 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 12p.

Eke PI, Wei L, Borgnakke WS, Thornton-Evans G, Zhang X, Lu H, McGuire LC, Genco RJ. Periodontitis prevalence in adults  $\geq 65$  years of age, in the USA. *Periodontol 2000*. 2016 ;72(1):76-95.

Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Costa MJF, Lins CAA, Macedo LPV, Sousa VPS, Duque JA, Souza MC. Clinical and self-perceived oral health assessment of elderly residents in urban, rural, and institutionalized communities. *Clinics (Sao Paulo)*. 2019;74:e972.

Limpuangthip N, Somkotra T, Arksornnukit M. Impacts of Denture Retention and Stability on Oral Health-Related Quality of Life, General Health, and Happiness in Elderly Taiwan. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2019;2019:3830267.

Kotronia E, Wannamethee SG, Papacosta AO, Whincup PH, Lennon LT, Visser M, Weyant RJ, Harris TB, Ramsay SE. Oral Health, Disability and Physical Function: Results From Studies of Older People in the United Kingdom and United States of America. *J Am Med Dir Assoc*. 2019;20(12):1654.e1-1654.e9.

## ANEXO A - QUESTIONÁRIO DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE ADULTOS E IDOSOS



Universidade Federal de Juiz de Fora  
Campus Avançado de Governador Valadares

### QUESTIONÁRIO SOBRE CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE ADULTOS E IDOSOS

**ATENÇÃO: Todos os campos do questionário deverão ser preenchidos.**

DATA DE APLICAÇÃO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ NÚMERO DO QUESTIONÁRIO: \_\_\_\_ ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_  
REGIÃO DE COLETA: \_\_\_\_\_

#### BL1- IDENTIFICAÇÃO, CULTURA E GÊNERO

Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino

Cor: ( ) Branca ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Negra ( ) Indígena ( ) Outra

Religião: ( ) Católica ( ) Evangélica/protestante ( ) Espírita ( ) Nenhuma ( ) Outra

Estado Civil: ( ) Casado ( ) Vive com companheiro ( ) Solteiro ( ) Viúvo ( ) Separado/divorciado

#### BL2 - PERFIL ECONÔMICO

Profissão atual ou progressa: \_\_\_\_\_

Fonte de renda (*marque quantas opções julgar necessárias*): ( ) Sem renda ( ) Aposentadoria ( ) Salário ( ) Pensão  
( ) Auxílios sociais – bolsa família, auxílio gás, vale alimentação, outros

Renda mensal: ( ) < 1 SM ( ) 1 a < 3 SM ( ) 3 a < 5 SM ( ) ≥ 5 SM

Recebeu algum tipo de auxílio informal (dinheiro, medicamento ou alimento de instituições ou terceiros): ( ) sim ( ) não

Dependentes da renda (*quantas pessoas dependem de sua renda? Ex.: entrevistado e esposa = 2*): \_\_\_\_\_

#### BL3 – PERFIL SOCIAL

Escolaridade:

- ( ) Lê e escreve
- ( ) Analfabeto
- ( ) Fundamental incompleto
- ( ) Fundamental completo (1ª a 8ª série)
- ( ) Médio incompleto
- ( ) Médio completo (1ª série do EF ao 3º ano do EM ou Ginásio ou Magistério)
- ( ) Superior incompleto
- ( ) Superior completo

Trabalhos não remunerados em casa ou atividades voluntárias (*assinale todas as alternativas que julgar necessário*):

- ( ) Não executa trabalhos não remunerados em casa ou serviços voluntários
- ( ) Participa como voluntário em igrejas, escolas ou associações comunitárias
- ( ) É responsável direto pela organização e pela manutenção da casa
- ( ) Presta cuidados domiciliares a outros membros da família (por exemplo: pais, companheiro, filhos ou netos)
- ( ) Executa trabalhos não remunerados de horta, jardinagem ou cuidado com animais em casa.

Redes de apoio social (*assinale todas as alternativas que julgar necessário*):

- ( ) Participa de grupo de convivência
- ( ) Frequenta a igreja e/ou grupos religiosos
- ( ) Faz parte de outras associações como clube de mães, entidades culturais ou filantrópicas, e cooperativas agrícolas
- ( ) Convive com outras pessoas em ambientes fora de casa (bares, restaurantes, casa de vizinhos, clubes, academias, SESC)
- ( ) Fica todo o tempo em casa e não costuma conviver com outras pessoas que não as de sua família, amigos próximos ou vizinhos e colegas do ambiente de trabalho.

**Violência e maus tratos** (assinale todas as alternativas que julgar necessário):

- Foi roubado em casa
- Foi roubado na rua
- Foi forçado a realizar alguma atividade que não queria realizar
- Foi forçado a deixar seus rendimentos sob a responsabilidade de terceiros
- Foi abusado sexualmente
- Sente-se abandonado ou excluído pelos familiares
- Sente-se abandonado ou excluído pela sociedade
- Nenhuma das situações

**Convívio no domicílio** (Quem mora com você?) (assinale todas as alternativas que julgar necessário):

- Mora sozinho
- Mora com os pais
- Mora com o cônjuge ou companheiro(a)
- Mora com os filhos
- Mora com os netos
- Mora com outros familiares
- Mora com estranhos
- Mora com um(a) profissional remunerado(a) (cuidador)

**BL4- AMBIENTE FÍSICO** (Entrevistar o participante e averiguar a resposta com observações realizadas no domicílio)**Água e Saneamento Básico:**

- Usa água do SAAE e tem tratamento do esgoto
- Usa água do SAAE e tem fossa
- Usa água do SAAE e o esgoto cai direto na rede pluvial
- Usa água do SAAE e o esgoto é a céu aberto
- Usa água de poço ou nascente e tem fossa
- Usa água de poço ou nascente e o esgoto cai direto na rede pluvial
- Usa água de poço ou nascente e o esgoto é a céu aberto
- Não sabe informar

**Descarte de lixo:**

- Jogado a céu aberto
- Queimado ou enterrado
- Coletado pelo serviço municipal de coleta de lixo
- Parte coletada e parte queimada ou enterrada
- Parte coletada e parte jogada a céu aberto
- Não sabe o que é feito com o lixo produzido na casa

**Tipo de moradia:**

- Casa própria e quarto privativo para a pessoa ou casal
- Casa própria e quarto dividido com terceiros
- Casa do filho(a) e quarto privativo para a pessoa ou casal
- Casa do filho(a) e quarto dividido com terceiros
- Casa alugada pelo entrevistado ou casal, na qual só mora o entrevistado ou casal
- Casa alugada pelo entrevistado ou casal e dividida com outros familiares

**Características da moradia** (assinale todas as alternativas que julgar necessária):

- Bem iluminada
- Com pisos irregulares e escorregadios
- Presença de degraus ou escadas
- Presença de tapetes
- Tem muitos móveis nos quais é fácil bater ou tropeçar
- Tem animais que andam soltos dentro da casa
- Tem animais que andam soltos fora da casa
- O banheiro é fora da parte principal da casa
- Nenhuma das anteriores

**BL5- DETERMINANTES PESSOAIS**

**Como o(a) senhor(a) avalia a sua própria saúde:**

( ) muito ruim ( ) ruim ( ) razoável ( ) boa ( ) muito boa

**Como o(a) senhor(a) avalia a sua a qualidade da sua alimentação:**

( ) muito ruim ( ) ruim ( ) razoável ( ) boa ( ) muito boa

**Como é o seu grau de satisfação com seu desempenho físico no último ano?**

( ) Muito insatisfeito ( ) Insatisfeito ( ) Nem satisfeito e nem insatisfeito ( ) Satisfeito ( ) Muito satisfeito

**Como é o seu grau de satisfação com seu sorriso no último ano?**

( ) Muito insatisfeito ( ) Insatisfeito ( ) Nem satisfeito e nem insatisfeito ( ) Satisfeito ( ) Muito satisfeito

**Como é o seu grau de satisfação com sua eficiência mastigatória no último ano?**

( ) Muito insatisfeito ( ) Insatisfeito ( ) Nem satisfeito e nem insatisfeito ( ) Satisfeito ( ) Muito satisfeito

**Como é o seu grau de satisfação com a vida no último ano?**

( ) Muito insatisfeito ( ) Insatisfeito ( ) Nem satisfeito e nem insatisfeito ( ) Satisfeito ( ) Muito satisfeito

**Quais das atividades abaixo o(a) senhor(a) executa (assinale todas as alternativas que julgar necessário)?**

- ( ) Jogar cartas ou dominó  
 ( ) Ler jornais, revistas ou livros  
 ( ) Realizar trabalhos artesanais  
 ( ) Assistir televisão  
 ( ) Escutar rádio  
 ( ) Nenhuma das anteriores

**Presença auto referida de doenças** (Algun médico disse que o/a senhor/a tem alguma/s das seguintes doenças ou problemas de saúde?) (Assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário):

- ( ) Nenhuma doença relatada pelo entrevistado  
 ( ) Incontinências (urinária; fecal; mistas). Há quanto tempo?: \_\_\_\_\_  
 ( ) Problemas do coração (insuficiência cardíaca, coronariopatias e infarto). Há quanto tempo?: \_\_\_\_\_  
 ( ) Diabetes mellitus. Há quanto tempo?: \_\_\_\_\_  
 ( ) Pressão alta (hipertensão arterial). Há quanto tempo?: \_\_\_\_\_  
 ( ) Câncer. Há quanto tempo?: \_\_\_\_\_  
 ( ) Doença de Parkinson. Há quanto tempo?: \_\_\_\_\_  
 ( ) Problemas de memória grave, esquecimentos importantes (Doença de Alzheimer; Demência vascular; demência inespecífica). Há quanto tempo?: \_\_\_\_\_  
 ( ) Artrose. Há quanto tempo?: \_\_\_\_\_  
 ( ) Reumatismo (Artrite reumatoide). Há quanto tempo?: \_\_\_\_\_  
 ( ) Osteoporose. Há quanto tempo?: \_\_\_\_\_  
 ( ) Doenças respiratórias (asma, bronquite, insuficiência respiratória). Há quanto tempo?: \_\_\_\_\_  
 ( ) Depressão. Há quanto tempo?: \_\_\_\_\_  
 ( ) Doenças infecciosas endêmicas da região (hanseníase, leishmaniose, tuberculose). Há quanto tempo?: \_\_\_\_\_  
 ( ) Insônia. Há quanto tempo?: \_\_\_\_\_  
 ( ) História de quedas ou fraturas. Há quanto tempo?: \_\_\_\_\_  
 ( ) Delirium. Há quanto tempo?: \_\_\_\_\_  
 ( ) Convulsões crônicas ou epilepsia. Há quanto tempo?: \_\_\_\_\_  
 ( ) História de úlcera gástrica ou duodenal. Há quanto tempo?: \_\_\_\_\_  
 ( ) Sintomas do trato urinário baixo, hiperplasia prostática benigna. Há quanto tempo?: \_\_\_\_\_  
 ( ) Doença renal crônica estágio IV ou menor. Há quanto tempo?: \_\_\_\_\_  
 ( ) Síncope. Há quanto tempo?: \_\_\_\_\_  
 ( ) Outra doença? Há quanto tempo?: \_\_\_\_\_

**Presença de sinais e sintomas inespecíficos que interferem nas atividades cotidianas.** (O (A) senhor(a) sente algum desconforto durante o seu dia a dia, como dor de cabeça, no corpo, insônia, cansaço, boca seca, entre outros, que atrapalhem suas atividades?)

( ) Não ( ) Sim, Quais: \_\_\_\_\_

**Atividades Básicas de Vida Diária** (Qual o nível de dependência do(a) senhor(a) para realização das atividades abaixo?)

*Tomar banho:*

- ( ) Nenhuma - não recebe nenhum tipo de assistência  
 ( ) Parcial - recebe assistência somente para uma parte do corpo  
 ( ) Total - recebe assistência em mais de uma parte do corpo

*Vestir-se:*

- ( ) Nenhuma - pega roupas e sapatos e se veste sozinho  
 ( ) Parcial - precisa de ajuda para os sapatos  
 ( ) Total - recebe assistência para se vestir e calçar os sapatos

*Banheiro:*

- ( ) Nenhuma - sem assistência para se limpar e se vestir após eliminações urinárias e fecais  
 ( ) Parcial - recebe assistência para se vestir e higienizar e à noite usa urinol ou comadre  
 ( ) Total - não vai ao banheiro nem para urinar e nem evacuar (fralda geriátrica ou cateter)

*Continências (urina e fezes):*

- ( ) Nenhuma - controle total sobre funções urinárias e fecais  
 ( ) Parcial - acontecem acidentes de perdas urinárias ou fecais  
 ( ) Total - usa cateter e/ou fralda

*Transferência:*

- ( ) Nenhuma - ir da cama para cadeira ou da cadeira para a cama sem assistência (pode utilizar objeto de apoio - bengala)  
 ( ) Parcial - ir da cama para cadeira ou da cadeira para a cama com auxílio de terceiros  
 ( ) Total - não sai da cama - acamado

*Alimentar-se:*

- ( ) Nenhuma - alimenta-se sem assistência  
 ( ) Parcial - alimenta-se sem assistência exceto para cortar alimentos, passar manteiga em pão etc.  
 ( ) Total - recebe assistência para se alimentar ou é alimentado por sonda

**Durante a atividade física, como o(a) senhor(a) se sente na maioria das vezes:**

- ( ) normal ( ) ligeiramente cansado ( ) cansado ( ) muito cansado ( ) exausto

**O (A) senhor(a) sente algum dos sintomas abaixo de forma frequente, sem outra explicação de saúde e durante a atividade física ou durante emoção (estresse)?**

- ( ) Dor/Desconforto/Compressão no peito/braço/pescoço  
 ( ) Falha no coração (arritmia)  
 ( ) Falta de ar (dispneia) repouso ou exercício leve  
 ( ) Dor no membro inferior (claudicação intermitente)  
 ( ) Síncope (tontura/desmaios)  
 ( ) Fadiga incomum  
 ( ) Palpitação ou taquicardia (batedeira no peito)  
 ( ) Outro: \_\_\_\_\_

O (A) senhor(a) sofreu alguma queda nos últimos 12 meses: ( ) Sim ( ) Não, Em qual local:

---

**Avaliação Odontológica:**

*Condição Dentária (CPO-D)*

	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
Coroa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
Coroa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Notação segundo determinação da OMS:

C2 = lesão em dentina                      C3 = lesão de polpa                      Ex = Perdido  
 Ei = Extração indicada                      O = obturado                                      H = hígido

*Condição Periodontal*

Presença de cálculo

	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
C	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
C	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Critérios de exame: 1 = sim                                      2 = não                                      55 = ausente

*Lesão Da Mucosa Bucal*

( ) Ausente                      ( ) Presente                      ( ) Diagnóstico duvidoso      Sugestiva: \_\_\_\_\_

*Língua Saburrosa*

( ) Sim                      ( ) Não

*Condições Protéticas*

Uso:      S      I

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

1- Sem prótese    2- Prótese fixa    3- Prótese parcial removível    4- Prótese Parcial Provisória    5- Prótese total removível

Necessidade:    S      I

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

1- Sem necessidade de prótese    2- Prótese fixa    3- Prótese parcial removível    4-Prótese total removível

Dimensão vertical de oclusão: \_\_\_\_\_

Dimensão vertical de repouso: \_\_\_\_\_

Amplitude de abertura de boca: \_\_\_\_\_

Abertura de boca: ( ) ruído ( ) dor ( ) limitada ( ) desvio mandibular direito ( ) desvio mandibular esquerdo

Queilite angular: ( ) sim ( ) não

Fonética: ( ) alterada ( ) inalterada

**Anotações:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_





Alguma das suas medicações causa problemas para o(a) senhor(a)? ( ) Não ( ) Sim (Se o entrevistado respondeu SIM, por favor, liste os nomes das medicações e o quanto elas o incomodam):

MEDICAÇÃO	QUANTO ESTA MEDICAÇÃO INCOMODOU VOCÊ?				DE QUE FORMA VOCÊ É INCOMODADO POR ELA?
	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	

Em relação as atividades relativas ao uso de medicamento listadas abaixo, o quanto é difícil para o(a) senhor(a)?

	Muito difícil	Um pouco difícil	Não muito difícil	Comentário (Qual medicamento)
a) Abrir ou fechar a embalagem				
b) Ler o que está escrito na embalagem				
c) Lembrar de tomar todo remédio				
d) Conseguir o medicamento				
e) Tomar mais de um comp ao mesmo tempo				

O(A) Senhor(a) toma algum chá ou usa alguma planta medicinal no seu dia a dia? ( ) Sim ( ) Não (Se o entrevistado respondeu SIM, por favor, liste os nomes e a finalidade empregada):

Nome da planta (pode ser o nome popular)	Finalidade do uso	Qual a quantidade de você utiliza?	Qual a frequência de utilização

#### BL6 – DETERMINANTES DE ACESSO À SAÚDE:

Como o (a) senhor(a) adquire os seus medicamentos? (assinale todas as alternativas que julgar necessário)

( ) SUS ( ) Doação ( ) Particular (Compro na farmácia) ( ) Outra forma. Explique: \_\_\_\_\_

Realizou consultas com médicas nos últimos 12 meses? ( ) Sim. Quantas? \_\_\_\_\_ ( ) Não.

Se NÃO, por que? ( ) Não precisou ( ) Não consegui marcar a consulta ( ) Não consegue se locomover até o consultório/posto de saúde

Sofreu alguma internação hospitalar nos últimos 12 meses? ( ) Sim. Quantas? \_\_\_\_\_ ( ) Não

Se NÃO, por que? ( ) Não precisou ( ) Não consegui vaga em hospitais

**Realizou consultas odontológicas nos últimos 12 meses?** ( ) Sim. Quantas? \_\_\_\_\_ ( ) Não

Se não, por que? ( ) Não precisou ( ) Não conseguiu marcar a consulta ( ) Não consegue se locomover até o consultório/ posto de saúde

**Recebeu visita domiciliar nos últimos 12 meses?** ( ) Sim ( ) Não

Se SIM, de quem (*marque quantas opções julgar necessárias*)?

( ) Agente Comunitário de Saúde

( ) Médico

( ) Enfermeiro

( ) Assistente social

( ) Outro profissional de saúde. Qual: \_\_\_\_\_

#### **BL 7 – DETERMINANTES COMPORTAMENTAIS**

**Tabagismo:** ( ) Nunca fumante ( ) Fumante atual ( ) Ex-fumante (Parou há quanto tempo: \_\_\_\_\_)

#### **Consumo de bebida alcoólica:**

( ) Não toma bebidas alcoólicas

( ) Toma bebidas alcoólicas em eventos sociais esporádicos

( ) Toma bebidas alcoólicas 1 a 3 dias por semana

( ) Toma bebidas alcoólicas 4 a 6 dias por semana

( ) Toma bebidas alcoólicas diariamente

**Atividade Física:** ( ) Sim ( ) Não. Se não, porque não? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo pratica atividade física: \_\_\_\_\_ ( ) meses ( ) anos

Qual: ( ) Caminhada/corrida ( ) Pedalar/Ciclismo ( ) Ginástica localizada ( ) Pilates ( ) Musculação ( ) Esporte coletivo ( )

Natação/ hidroginástica ( ) Dança ( ) Outra, qual? \_\_\_\_\_

Frequência que realiza atividade física (*somando todas elas*): \_\_\_\_\_ dias por semana

Por quantos minutos ao dia você faz atividade física (*somando todas elas*): ( ) < 30min ( ) ≥ 30 e < 60 min ( ) ≥ 60 min

#### **Refeições realizadas por dia (*assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário*):**

( ) Café da manhã ( ) Lanche da manhã ( ) Almoço ( ) Lanche da tarde ( ) Jantar/lanche da noite ( ) Ceia

( ) Outra: \_\_\_\_\_ Total de refeições: \_\_\_\_\_

#### **Local onde realiza principais refeições (*assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário*):**

( ) Casa ( ) Trabalho ( ) Restaurante/lanchonete ( ) Casa de parentes/amigos ( ) Instituições de caridade

#### **Na maioria das vezes, quem prepara as refeições?**

( ) O participante ( ) Companheiro ( ) Filho ( ) Outro parente ( ) Empregado ( ) Outro: \_\_\_\_\_

#### **Quanto a sua alimentação/dieta, nos últimos 12 meses o(a) senhor(a):**

( ) Foi orientado para restringir alguns alimentos e segue as recomendações

( ) Foi orientado para restringir alguns alimentos e NÃO segue as recomendações

( ) Não foi orientado quanto a restrição de alimentos

**Como o(a) senhor(a) toma seus medicamentos?**

- Faz uma lista dos remédios e horários que deve tomar, marcando diariamente
- Toma seus remédios sozinho, sem esquecimentos ou trocas
- Toma seus remédios sozinho, mas às vezes esquece ou toma errado
- Toma seus remédios conforme os outros entregam para você tomar

**Quanto ao autoexame bucal:**

- Foi orientado sobre o autoexame e segue as recomendações
- Foi orientado sobre o autoexame e NÃO segue as recomendações
- Não foi orientado sobre o autoexame

**Como você realiza sua higiene bucal?**

- Foi orientado sobre a higiene bucal e segue as recomendações
- Foi orientado sobre a higiene bucal e NÃO segue as recomendações
- Não foi orientado sobre a higiene bucal

**Como você cuida de suas próteses dentárias? (Apenas para entrevistados com uso de próteses)**

- Foi orientado sobre os cuidados de suas próteses dentárias e segue as recomendações
- Foi orientado sobre os cuidados de suas próteses dentárias e NÃO segue as recomendações
- Não foi orientado sobre os cuidados de suas próteses dentárias

**BL 8 – PERCEÇÃO SOCIAL DO ENVELHECIMENTO – ANÁLISE QUALITATIVA****INSTRUÇÕES IMPORTANTES**

1. Esta pesquisa se destina a fins puramente científicos.
2. Para que os resultados sejam uma representação da realidade, é necessário que as respostas dadas sejam sinceras. Não existe uma resposta melhor e outra pior, todas as respostas são igualmente importantes.
3. Para que possamos melhor aproveitar seu testemunho, se as perguntas não lhe causarem algum tipo de constrangimento, ou dificuldades éticas, pedimos que responda a todas as questões que dizem respeito à realidade, isto é, ao modo como você pensa.
4. Em caso de dúvidas, pergunte, sua contribuição será mais efetiva caso tire todas as dúvidas que tiver, junto ao entrevistador.
5. Salientamos que sua participação na presente pesquisa se faz mediante seu livre consentimento. Os dados obtidos nas entrevistas por todos os participantes serão utilizados para fins acadêmicos e de publicação em revista científica. O fato de não haver identificação nesse formulário, e no registro eletrônico garante o anonimato dos autores das respostas às questões propostas.

**ROTEIRO**

1. O que significa envelhecer/envelhecimento para você?
2. Na sua visão/compreensão, envelhecer trouxe mudança na sua vida (social, espiritual, laços familiares e amigos, saúde)?
3. Que tipos de cuidados/attitudes você acredita que podem favorecer o envelhecimento ativo/saudável?

<b>RECORDATÓRIO DE 24 HORAS</b>				
DATA DE APLICAÇÃO: ___ / ___ / ___		DIA DA SEMANA: _____		ENTREVISTADOR: _____
Refeição/ Horário	Alimento ou Bebida	Quantidade	g/mL	Observação
Café da manhã  :_____ hs  Local:				
Colação  :_____ hs  Local:				
Almoço  :_____ hs  Local:				
Lanche da tarde  :_____ hs  Local:				
Jantar  :_____ hs  Local:				
Ceia  :_____ hs  Local:				
Beliscos				

Dia Atípico? ( ) Sim ( ) Não      Ingestão de água: \_\_\_\_\_ ( ) copos ( ) garrafinhas ( ) mL

**ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO APROVADO  
PELO COMITE DE ETICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS –  
UFJF**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG - BRASIL



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa "INDICADORES DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO ATIVO NA POPULAÇÃO ADULTA E IDOSA DE GOVERNADOR VALADARES-MG.". Nesta pesquisa pretendemos investigar como a população adulta e idosa cadastrada na Estratégia Saúde da Família do município está envelhecendo e verificar como suas condições de vida e saúde afetam esse processo. O motivo que nos leva a estudar esse tema se deve a hipótese de que o ambiente, o comportamento e as condições de saúde que o indivíduo tem ainda na fase adulta podem prejudicar o seu envelhecimento, aumentando o risco de uma velhice com baixa qualidade de vida. Ainda, acreditamos ser possível desenvolver um instrumento que avalie essas condições de risco e permita realizar ações de prevenção e promoção para um envelhecimento saudável.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: (1) aplicação de questionário com perguntas sobre suas condições de vida, trabalho e renda, moradia e de saúde, (2) avaliação do estado nutricional através da realização de medidas de peso e altura e, (3) avaliação da saúde de sua boca e necessidade de uso de dentaduras através de exame clínico. Todos os procedimentos serão realizados por entrevistadores treinados, em sua residência, preservando sua autonomia e privacidade, e com duração média estimada em 90 minutos.

Os riscos envolvidos na pesquisa são mínimos e consistem no possível constrangimento durante a realização da entrevista e avaliação nutricional e odontológica, destacando-se que todas as ações, bem como o treinamento dos entrevistadores, visam evitar qualquer desconforto dos participantes. A pesquisa permitirá uma avaliação completa do seu perfil de saúde e os resultados gerais dessa pesquisa contribuirão para descrever o perfil de envelhecimento da população e seus fatores associados, produzindo indicadores de saúde e direcionando as ações futuras com resultado mais eficaz para um envelhecimento ativo.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Universidade Federal de Juiz de Fora/Campus



Governador Valadares e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **INDICADORES DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO ATIVO NA POPULAÇÃO ADULTA E IDOSA DE GOVERNADOR VALADARES-MG**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Governador Valadares, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

**CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF**

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

**Profa. Dra. Clarice Lima Alvares da Silva**

Endereço: Israel Pinheiro, 2000. Bairro Universitário. CEP: 35020-220– Governador Valadares – MG.

Fone: (33) 3340-0431 ramal 6503

E-mail: clarice.silva@ufjf.edu.br

## ANEXO C – PARECER CONSUNBSTANCIDO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** INDICADORES DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO ATIVO NA POPULAÇÃO ADULTA E IDOSA DE GOVERNADOR VALADARES, MG.

**Pesquisador:** Clarice Lima Alvares da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 5

**CAAE:** 44413115.2.0000.5147

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Juiz de Fora UFJF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.339.659

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo epidemiológico de cunho transversal e exploratório acerca da ocorrência dos fatores determinantes do envelhecimento ativo e sua relação com indicadores de saúde entre adultos e idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Governador Valadares, Minas Gerais. Pretende investigar a ocorrência dos determinantes do envelhecimento ativo e sua relação com indicadores sociais, comportamentais e de saúde na população adulta e idosa cadastrada na Estratégia Saúde da Família (ESF) desse município. Para tanto, entrevistadores previamente treinados e periodicamente calibrados avaliarão 419 adultos (40 a 59 anos) e 415 idosos (60 anos ou mais) cadastrados em dez unidades da ESF, por meio da aplicação de questionário estruturado para caracterização das condições de vida e saúde e avaliação da capacidade funcional, nutricional e odontológica, seguindo técnicas e procedimentos previamente descritos na literatura. Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Investigar a ocorrência dos determinantes do envelhecimento ativo e sua relação com indicadores sociais, comportamentais e de saúde na população adulta e idosa cadastrada na Estratégia Saúde

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.339.659

da Família de Governador Valadares, Minas Gerais.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico de adultos e idosos;
- Avaliar as condições sociais, comportamentais e de saúde nos adultos e idosos;
- Caracterizar o envelhecimento ativo na população adulta e idosa;
- Comparar as condições sociais, comportamentais e de saúde, entre a população adulta e idosa;
- Comparar as condições sociais, comportamentais e de saúde, entre adultos ativos e não ativos;
- Comparar as condições sociais, comportamentais e de saúde, entre idosos ativos e não ativos;
- Analisar a ocorrência do envelhecimento ativo nas diferentes faixas etárias estudadas;
- Desenvolver um instrumento de triagem para detectar condições de risco de envelhecimento inativo, para posterior validação.

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos envolvidos na pesquisa são mínimos e consistem no possível constrangimento durante a realização da entrevista e avaliação nutricional e odontológica, destacando-se que os procedimentos e protocolos adotados, bem como o treinamento dos entrevistadores, visam evitar qualquer desconforto dos participantes. Como benefício espera-se que a pesquisa permita uma avaliação completa do perfil de saúde do participante. O participante receberá os resultados individuais e será direcionado para participação de atividades educativas na unidade de ESF onde está cadastrado, de acordo os seus resultados. Os resultados gerais dessa pesquisa contribuirão para descrever o perfil de envelhecimento da população e seus fatores associados, produzindo indicadores de saúde e direcionando as ações futuras com resultado mais eficaz para um envelhecimento ativo. Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

<b>Endereço:</b> JOSE LOURENCO KELMER S/N	
<b>Bairro:</b> SAO PEDRO	<b>CEP:</b> 36.036-900
<b>UF:</b> MG	<b>Município:</b> JUIZ DE FORA
<b>Telefone:</b> (32)2102-3788	<b>Fax:</b> (32)1102-3788 <b>E-mail:</b> cep.propesq@ufjf.edu.br





Continuação do Parecer: 3.339.659

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, a emenda ao projeto está aprovada, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: dezembro de 2021.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO a emenda ao protocolo de pesquisa proposto, a qual solicita extensão do prazo para realização do projeto proposto e a exclusão da pesquisadora Lorene Coelho da equipe devido a sua exoneração da instituição, de forma que a mesma não está mais participando das ações do projeto.. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@uffj.edu.br



Continuação do Parecer: 3.339.659

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1341481_É1.pdf	19/05/2019 11:35:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoEnvelhecimentoAtivoPARACEPN OVOCRONOGRAMAdestaque.pdf	19/05/2019 11:34:10	Clarice Lima Alvares da Silva	Aceito
Outros	novacartaesclarecimentoprojetoenvelhecimentoativo.pdf	29/09/2015 11:34:04	Clarice Lima Alvares da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	novtaresponsavellegal.pdf	29/09/2015 11:33:02	Clarice Lima Alvares da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	novotcleparticipante.pdf	29/09/2015 11:31:51	Clarice Lima Alvares da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto CEP Assinada.pdf	27/04/2015 13:20:49		Aceito
Outros	Assinado Termo de Parceria.pdf	26/04/2015 21:46:00		Aceito
Brochura Pesquisa	Questionário Projeto FINAL CEP.pdf	26/04/2015 21:41:43		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 22 de Maio de 2019

Assinado por:  
Jubel Barreto  
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br