UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

DEBORA FOGER TEIXEIRA

**Capacidade funcional e saúde bucal relacionada à qualidade de
vida de idosos**

BAURU
2015

DEBORA FOGER TEIXEIRA

Capacidade funcional e saúde bucal relacionada à qualidade de vida de idosos

Dissertação apresentada a Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências no Programa de Ciências Odontológicas Aplicadas, na área de concentração Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Roosevelt da Silva Bastos

BAURU
2015

T235c Teixeira, Debora Foger
Capacidade funcional e saúde bucal relacionada
à qualidade de vida de idosos / Debora Foger
Teixeira. – Bauru, 2015.
108 p. : il. ; 31cm.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de
Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo

Orientador: Prof. Dr. Roosevelt da Silva Bastos

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a
reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos
fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP
Protocolo nº: 37043414.2.0000.5417
Data: 06/08/2015.

DEDICATÓRIA

A minha mãe Lucia, por ser meu exemplo de luta, esforço e perseverança.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, pela oportunidade em aprender e melhorar.

A minha família, especialmente à minha mãe **Lucia** e às minhas irmãs **Andrea, Mirela e Natalia**, pelo amor, compreensão, ajuda e apoio, sem vocês seria impossível chegar ao final dessa etapa.

Ao meu namorado **Luiz**, pelo incentivo, por acreditar no meu potencial, por nunca me deixar desistir ou desanimar, pela paciência, amor, amizade e companheirismo.

Aos meus amigos, **Luciana, Antônio, e Igor**, pela torcida, apoio e preocupação, pelas palavras de ânimo, pela compreensão aos encontros desmarcados.

Ao meu Orientador **Prof. Dr. Roosevelt**, por ter me aceitado como orientanda, pela paciência em ensinar, em transmitir o conhecimento, pelo apoio, ajuda e incentivo.

As minhas colegas de mestrado **Leticia e Sofia**, pela imensa ajuda durante a pesquisa, sem vocês o caminho teria sido muito mais longo e difícil.

Ao meu cunhado e amigo **Lucas**, pela grande ajuda na revisão do trabalho.

A **Faculdade de Odontologia de Bauru**, e ao Presidente da Pós-Graduação na área de Ortodontia e Odontologia em Saúde Coletiva **Prof. Dr. Guilherme dos Reis Pereira Janson**, pela oportunidade que me foi dada de estudar em uma das melhores instituições de ensino do país, sou imensamente grata e honrada.

Ao **CNPQ** (Projeto Universal) pelo auxílio para o desenvolvimento dessa pesquisa.

“Somente aquele que se dispõe a fazer as coisas pequeninas, que sabe e pode, virá a saber e a poder realizar grandes coisas.”

Emmanuel

RESUMO

É de extrema importância estudar a relação entre capacidade funcional e saúde bucal relacionado à qualidade de vida, para auxiliar nos fatores intervenientes tanto no cuidado odontológico como em outras áreas de atenção à saúde do idoso, além de adequar planos de tratamento às reais necessidades de cada indivíduo, proporcionando melhor qualidade de vida. O objetivo desse estudo foi investigar a capacidade funcional e saúde bucal relacionada à qualidade de vida do idoso. Foram incluídos na pesquisa idosos acima de 65 anos que residem em área de cobertura da Estratégia Saúde da Família de Bauru. Foram investigadas, através de entrevistas, as variáveis capacidade funcional (Índice de Katz), saúde bucal relacionada à qualidade de vida (OHIP-14), condições socioeconômicas e comorbidades. Foram excluídos da pesquisa idosos que apresentavam alterações de compreensão e expressão da comunicação. Para a realização da análise estatística foi utilizado o Teste de Pearson ao nível de significância de 0,05 e a Regressão Linear Multivariada, ao nível de significância de $p < 0,01$. Participaram da pesquisa 238 idosos com 65 anos ou mais, sendo que 56,3% tinham entre 65 e 74 anos e 43,7% tinham 75 anos ou mais, a média geral de idade foi 74,5 anos. Quanto ao sexo, 55,5% eram mulheres, houve predominância da raça branca (65,1%). Quanto à variável capacidade funcional, 8,8% apresentaram incapacidade funcional intermediária ou severa. Sobre os aspectos socioeconômicos, 61,3% dos idosos apresentaram renda mensal de até dois salários mínimos, 88,2% eram aposentados ou pensionistas, 68,9% tinham algum grau de escolaridade e 57,1% eram casados ou mantinham uma união estável. Quanto à saúde bucal relacionada à qualidade de vida, 20,6% dos entrevistados se sentiram desconfortáveis para mastigar alguns tipos de alimentos. A hipertensão arterial foi a comorbidade mais relatada pelos entrevistados (75,6%). As dimensões “dificuldade para mastigar” (0,21; $p < 0,05$) e “necessidade de parar as refeições” (0,21; $p < 0,05$) do instrumento OHIP-14 apresentaram correlação estatisticamente significativa com o Índice de Katz. Através da análise multivariada, foi observado que quanto maior a incapacidade menos o idoso se preocupa com a saúde bucal. A alimentação é um aspecto importante da vida diária de qualquer pessoa, especialmente o idoso que apresenta doenças crônicas em maior quantidade e severidade conforme o envelhecimento acontece. Além disso, a incapacidade apresentou tendência de aumento com a idade, no

entanto a literatura não permite concluir que o envelhecimento em si seja causa da incapacidade funcional. A maior limitação do estudo se relaciona ao próprio desenho epidemiológico, pois o estudo transversal não permite inferências de causalidade, no entanto a amplitude do grupo etário nesta pesquisa permite observar tendências sobre a capacidade funcional e a saúde bucal relacionada à qualidade de vida em idosos. A incapacidade funcional aumentou com a idade e apresentou tendência de maior impacto negativo na saúde bucal relacionada a qualidade de vida dificultando a realização de refeições.

Palavras-chave: Atividades cotidianas. Saúde bucal. Qualidade de vida. Envelhecimento.

ABSTRACT

Functional capacity and oral health-related quality of life in elderly

It is extremely important to study the relation between functional capacity and oral health related quality of life, to assist in intervening factors both in dental care as in other areas of health care for the elderly, and adequate treatment plans the real needs of each individual providing better quality of life. The aim of this study was to investigate the functional capacity and oral health related quality of life of the elderly. They were included in the survey, seniors over 65 residing in the Family Health Strategy coverage area of Bauru. Variables functional capacity (Katz Index), oral health related quality of life (OHIP-14), socioeconomic conditions and comorbidities were investigated through interviews. There were excluded from the research elders that presented understanding and communication expression changes for the statistical analysis we used the Pearson Test at the 0.05 significance level and Multivariate Linear Regression, at a significance level of $p < 0,01$. The participants were 238 elders aged 65 or more, wherein 56.3% were between 65 and 74 years and 43.7% were 75 years or older, the overall mean age was 74.5 years. As to gender, 55.5% were women, with predominance of Caucasians (65.1%). As for the functional capacity variable, 8.8% had intermediate or severe disability. On socio-economic aspects, 61.3% of seniors had incomes up to twice the minimum wage, 88.2% were retired or pensioners, 68.9% had some degree of schooling and 57.1% were married or maintained a stable relationship. As for oral health related quality of life, 20.6 % of respondents feel uncomfortable to chew some foods. Arterial hypertension was the most reported comorbidity by respondents (75.6 %). The dimensions "difficulty chewing" (0.21; $p < 0.05$) and "the need to stop meals" (0.21; $p < 0.05$) of the OHIP -14 instrument showed a statistically significant correlation with the Katz index. Through multivariate analysis, it was observed that the higher the inability least the elderly care about oral health. Food is an important aspect of daily life for anyone, especially the elderly people who present chronic diseases in greater quantity and severity as aging occurs. Furthermore, the inability showed increased with age, but the literature does not suggest that aging itself is the cause of disability. The major limitation of the study relates to own epidemiological design, as the cross-sectional study does not allow causal inferences; however the extent of the age

group in this study allows us to observe trends on the functional status and oral health related quality of life in the elderly. Functional disability increased with age and tended to higher negative impact on oral health related quality of life hindering the realization of meals.

Key words: Activities of daily living. Oral health. Quality of life. Aging.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURAS

Figura 1 - Área de abrangência da Unidade Saúde da Família Vila São Paulo, região norte de Bauru.....	59
Figura 2 - Esquema de percurso de uma quadra.....	59

- QUADROS

Quadro 1- Índice de atividades de vida diária – Katz, 1963.....	44
Quadro 2- Escala índice de independência em atividades de vida diária – Katz, 1963.....	45
Quadro 3- Classificação do índice de Katz modificado por Rubenstein.....	46
Quadro 4- Dimensões e respectivas questões do questionário OHIP-14.....	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis sociais dos idosos participantes, apresentadas pelo Índice de Katz.....	63
Tabela 2 - Variáveis de comorbidades e hábitos de vida apresentados pelo Índice de Katz.....	64
Tabela 3 - Saúde bucal relacionada à qualidade de vida (OHIP-14), apresentado pelo Índice de Katz.....	66
Tabela 4 - Correlações entre saúde bucal relacionada à qualidade de vida e condições socioeconômicas.....	68
Tabela 5 - Correlações entre saúde bucal relacionada à qualidade de vida e comorbidades e hábitos de vida.....	69
Tabela 6- Correlações entre capacidade funcional e condições socioeconômicas.....	70
Tabela 7 - Correlações entre capacidade funcional, comorbidades e hábitos de vida.....	71
Tabela 8 - Correlações entre capacidade funcional e saúde bucal relacionada à qualidade de vida.....	72
Tabela 9 - Regressão linear múltipla tendo como o resultado da capacidade funcional (índice de Katz) como variável dependente, e os indicadores de condição socioeconômica, saúde bucal relacionada à qualidade de vida (OHIP-14), e comorbidades e hábitos de vida, com valor de $p < 0,20$, como variáveis independentes para a amostra total.....	73

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ACS	Agente Comunitário de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
OHIP	Oral Health Impact Profile
ADL	Index of Activity Daily Living

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO DE LITERATURA	23
	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA	
2.1	FAMÍLIA	25
2.1.1	A Estratégia Saúde da Família	29
2.2	QUALIDADE DE VIDA	32
2.2.1	Instrumentos	34
2.2.2	Saúde bucal relacionada à qualidade de vida	36
2.2.3	OHIP-14	38
2.3	CAPACIDADE FUNCIONAL	40
2.3.1	O Índice de Katz	42
3	PROPOSIÇÃO	49
4	MATERIAL E MÉTODOS	53
4.1	ASPECTOS ÉTICOS	55
4.2	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	55
4.3	CAPACIDADE FUNCIONAL	55
4.4	ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS	56
4.5	SAÚDE BUCAL RELACIONADA À QUALIDADE DE VIDA	56
4.5.1	O instrumento OHIP-14	56
4.6	TAMANHO DA AMOSTRA	57
4.7	LOCAIS DE AMOSTRAGEM	58
4.8	ANÁLISE ESTATÍSTICA	60
5	RESULTADOS	61
6	DISCUSSÃO	75
7	CONCLUSÃO	89
	REFERÊNCIAS	93
	ANEXOS	103

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma mudança na estrutura etária da população, na qual observa-se o aumento do número de pessoas acima da idade determinada como sendo de início da velhice. Em países desenvolvidos essa idade é de 65 anos e em países subdesenvolvidos e/ou em desenvolvimento, o que inclui o Brasil, 60 anos (ANDRADE et al., 2013; BARBOSA et al., 2014).

O crescimento da população idosa vem acontecendo de forma acelerada mundialmente, inclusive no Brasil (ANDRADE et al., 2013; BARBOSA et al., 2014; PILGER; MENON; MATHIAS, 2013; FIEDLER; PERES, 2008; SILVA DIVIANE, 2011). Quanto à expectativa de vida dos brasileiros, podemos observar o grande crescimento, quando em 1900, a expectativa não alcançava os 35 anos de idade, já em 1950, passou a atingir os 43 anos, em 2000, 68 anos e a expectativa é de atingir os 80 anos em 2025 (BARBOSA et al., 2014; PILGER; MENON; MATHIAS, 2013; FIEDLER; PERES, 2008).

O rápido envelhecimento da população acarreta muitas mudanças, não somente em sua estrutura etária, mas também em seu perfil epidemiológico, onde observa-se um quadro em que as doenças crônicas não transmissíveis predominam, substituindo assim, as doenças transmissíveis (FIEDLER; PERES, 2008; TIGGEMANN et al., 2013; FIALHO et al., 2014). As condições crônicas comprometem de forma significativa a qualidade de vida dos idosos, gerando o que pode ser denominado processo incapacitante, onde uma determinada condição seja ela aguda ou crônica afeta a funcionalidade e conseqüentemente o desempenho das atividades de vida diária (FIEDLER; PERES, 2008; SILVA DIVIANE, 2011; FIALHO et al., 2014).

Capacidade funcional é a habilidade física e mental que o idoso apresenta para manter uma vida independente e autônoma. Embora seu conceito seja complexo, abrangendo outros temas como deficiência e desvantagem, na prática trabalha-se com o conceito de capacidade e incapacidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), desempenho é o que o indivíduo realiza em seu ambiente cotidiano, dessa forma, definimos como incapacidade funcional a presença de dificuldade em desempenhar tarefas da vida cotidiana, o que leva à limitação ou restrição de seus papéis sociais além da necessidade de cuidado (BARBOSA et al., 2013; PILGER; MENON; MATHIAS, 2013; FIEDLER; PERES, 2008; SILVA

DIVIANE, 2011; MARCHON; CORDEIRO; NAKANO, 2010; NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013; GUIMARÃES et al., 2004). Existem dois domínios mais investigados dentro do conceito de capacidade funcional que são as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), relacionadas com o autocuidado e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), atividades essas de maior complexidade, que levam o indivíduo a ter independência dentro da comunidade (FIGUEIREDO et al., 2013), sendo que as incapacidades para ABVD são consideradas mais graves do que as incapacidades para AIVD (FIALHO et al., 2014; DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

A capacidade funcional é influenciada não somente por fatores biológicos, mas também por fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais. Dessa maneira, podem ser relatados como possíveis fatores explicativos da incapacidade funcional o estilo de vida do indivíduo (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013; MARCHON; CORDEIRO; NAKANO, 2010). Estudos sobre capacidade e incapacidade funcional são necessários para compreendermos como a população está vivendo os anos ganhos com a longevidade e assim auxiliar as ações de saúde desenvolvidas em serviços na atenção primária. Dessa maneira, a capacidade funcional representa um novo conceito em saúde sendo de extrema importância na gerontologia como indicativo de qualidade de vida (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013; MARCHON; CORDEIRO; NAKANO, 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1995), qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Observa-se então que trata-se de um conceito multidimensional, que inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais, ambientais e espirituais que variam de pessoa para pessoa e se transformam ao longo da vida (LENARDT et al., 2014; STIVAL et al., 2014).

A qualidade de vida também pode ser influenciada pela falta de saúde oral, sendo que saúde oral é a ausência de dor facial, feridas orais, defeitos congênitos, doenças periodontais e outras preocupações que atingem a cavidade oral. A população idosa é geralmente a mais afetada, principalmente por apresentarem alterações comportamentais que, de certa forma, interferem em seu bem-estar mental, físico, psicológico e também social, sobretudo quando há dificuldades na pronúncia de palavras e função alimentar, o que ocorre comumente em idosos que apresentam edentulismo. Dessa forma, alterações bucais comprometem a

saúde geral do indivíduo, interferindo negativamente na qualidade de vida (CUNHA et al., 2014; OLIVEIRA; DELGADO; BRESCOVICI, 2014; GUERRA et al., 2014).

É provável que idosos com incapacidades apresentem um maior risco de adquirir doenças orais, pois incapacidades físicas podem afetar suas habilidades de manter uma boa higiene oral e também diminuir seu acesso ao tratamento odontológico necessário. Além disso, muitos estudos com associação entre incapacidade funcional e saúde oral se concentram em idosos institucionalizados, o que leva ao questionamento se os resultados encontrados podem ser válidos para os idosos residentes na comunidade (AVLUND; HOLM-PEDERSEN; SCHROLL, 2001).

No Brasil, diversas pesquisas têm investigado os fatores associados à incapacidade funcional entre idosos, entretanto, são poucos os encontrados na literatura que fazem a associação entre capacidade funcional e saúde bucal relacionado à qualidade de vida (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013; FIEDLER; PERES, 2008; GUIMARÃES et al., 2004; AVLUND; HOLM-PEDERSEN; SCHROLL, 2001). Estudar essa relação é de extrema importância para auxiliar nos fatores intervenientes tanto no cuidado odontológico como em outras áreas de atenção à saúde do idoso, além de adequar planos de tratamento às reais necessidades de cada indivíduo, proporcionando, dessa maneira, melhor qualidade de vida.

2 Revisão de Literatura

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem grande importância na evolução do Sistema Único de Saúde. Em países com sistemas de saúde universais, a APS apresenta-se sempre em pauta nas políticas dos governos (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; GILL, 2006).

Publicações científicas em países desenvolvidos mostram o impacto positivo que a APS causa na população, no sentido de proporcionar maior alcance à equidade, maior satisfação dos usuários e menor custo para o sistema de saúde. No Brasil, estudos demonstram o crescimento da APS, baseada principalmente na Estratégia Saúde da Família (ESF) (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Os sistemas de saúde baseados em modelos médico-hospitalocêntricos têm apresentado sinais de esgotamento, o que evidencia a necessidade de criar estratégias para a melhora dos indicadores de saúde da população. Desse modo, a APS é importante na composição dos sistemas nacionais de saúde, pois atua nos indicadores de saúde, possui alto potencial regulador da utilização dos recursos de alta densidade tecnológica e, portanto, garante acesso universal aos serviços que trazem reais benefícios à saúde populacional (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; BULGARELI et al., 2014).

Atualmente, usa-se a terminologia internacionalmente conhecida de Atenção Primária à Saúde. No Brasil, o Ministério da Saúde adotou a nomenclatura de atenção básica para definir APS, tendo como sua estratégia principal a Saúde da Família (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; GILL, 2006).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) possui um conceito muito amplo de saúde, visando promover qualidade de vida e equidade, diminuindo a vulnerabilidade e riscos relacionados aos determinantes e condicionantes, como o modo de vida, o ambiente, a educação, as condições de trabalho, entre outros (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Além disso, a PNPS também tem o intuito de aumentar a autonomia e corresponsabilidade da população no cuidado à saúde, sendo de extrema

importância diminuir as desigualdades quanto a questões específicas, como gêneros, etnias, raças e orientação sexual, busca também a mudança do atual modelo assistencial médico-hospitalocêntrico (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; MALTA et al., 2009).

A Política Nacional de Atenção Básica apresenta como sendo características da atenção básica um conjunto de ações de saúde tanto individuais quanto coletivas que visam a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. A atenção básica é desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, através do trabalho em equipe e direcionadas a populações de territórios delimitados. Apresenta-se como sendo o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. A atenção básica enxerga o indivíduo em sua singularidade, complexidade, integralidade e envolvimento sociocultural, buscando a promoção de sua saúde, prevenção e tratamento de doenças e a diminuição de danos ou sofrimentos que possam afetar negativamente sua qualidade de vida (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Sistema de saúde pode ser definido como uma rede interligada por pontos de atenção à saúde. Dessa forma, um ponto de atenção é um local de prestação de serviços, como um ambulatório de atenção primária, uma unidade de cuidados intensivos ou um ambulatório de cirurgia, entre outros. Estudos que objetivaram entender as necessidades da população apontam a existência de características comuns à maioria das populações, e outras, bastante particulares (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

A análise das características particulares, como por exemplo, os aspectos ambientais, socioeconômicos, demográficos, culturais e de saúde são de extrema importância para a organização local de cada serviço. Portanto, podemos dizer que a APS é uma forma de organização dos serviços de saúde, que busca integrar os aspectos desse serviço, tendo como visão as necessidades de saúde da população. A APS é responsável pela organização do cuidado à saúde do indivíduo, sua família e a população, buscando proporcionar equilíbrio entre as metas: melhora na saúde da população e equidade na distribuição de recursos (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; MOYSÉS; GÓES; 2012).

A Atenção Primária apresenta aspectos muito particulares, que de certa forma a diferenciam dos outros níveis de atenção. No Brasil, o sistema de saúde que se almeja está de acordo com a APS, pois apresenta valores essenciais para estabelecer as prioridades nacionais: equidade social, corresponsabilidade existente entre a população e o setor público e a solidariedade, utilizando um conceito amplo de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

A Atenção Primária à Saúde busca melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição dos recursos, portanto, a proposta brasileira para a APS, que é a Saúde da Família, tem apresentado aspectos positivos (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

O grande impacto da ESF na melhora dos indicadores de saúde foi observado no agrupamento de municípios com índice de desenvolvimento humano (IDH) baixo, o que mostra a relevância da ESF como sendo um fator de geração de equidade (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; CARNEIRO-JÚNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

A Atenção Primária é capaz de responder a 85% das necessidades em saúde, sendo que entre essas necessidades estão serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção de saúde. Esta por sua vez, diferencia-se da atenção secundária e terciária, principalmente por dedicar-se aos problemas mais frequentes e que se apresentam em fases iniciais. Dessa forma, possui algumas características como o primeiro contato, a longitudinalidade do cuidado, a integralidade e a coordenação do cuidado (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; DEMARZO, 2011; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013), explicados a seguir:

- Primeiro contato

Um serviço é identificado como porta de entrada quando a população e a equipe o identificam como o primeiro recurso de saúde a ser buscado quando há um problema de saúde, portanto, ele deve ser de fácil acesso e disponível. O acesso apresenta o componente geográfico (horário de funcionamento, forma de marcação de consulta, presença de longas filas). A ESF tem como intuito ampliar o acesso e utilizar os serviços da APS como porta de entrada ao sistema, propondo dessa maneira, que as unidades de saúde sejam próximas ao local de moradia das pessoas, bem como a vinculação populacional e a responsabilidade pelo território

(CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

- Longitudinalidade do cuidado

É uma relação pessoal, estabelecida com o tempo entre os indivíduos e o profissional ou a equipe de saúde. Suas vantagens são: menor utilização dos serviços de saúde, melhor cuidado preventivo, atendimentos mais precoces e adequados, menor frequência de doenças preveníveis, melhor satisfação das pessoas com o atendimento e custo total mais baixo. Apresenta extrema vantagem para pessoas que sofrem com doenças crônicas ou comorbidades (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

- Integralidade

Representa um contexto muito amplo de saúde, as necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas são reconhecidas, sendo que sua abordagem é o indivíduo, sua família e seu contexto. É de extrema importância para a integralidade, a interdisciplinaridade das equipes de saúde, além disso, necessita-se de uma condição estrutural que normalmente não é utilizada nos cuidados secundários: visitas domiciliares, ações junto a creches, grupos de apoio, entre outros. Suas vantagens são mais ações de prevenção, maior adesão aos tratamentos recomendados e maior satisfação das pessoas (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

- Coordenação do cuidado

O fundamento da coordenação é a informação (pessoa, sua história, seus problemas, ações realizadas e recursos disponíveis) e a utilização dessas informações. Para isso, a obtenção de informação deve ser de fácil acesso, através de registros, mecanismos de referência e contrarreferência e recomendações escritas ao paciente. Se não existir coordenação, a longitudinalidade perde sua capacidade, a integralidade não é viável e o primeiro contato torna-se uma função administrativa. Suas vantagens são: melhor identificação dos problemas de saúde, melhor aceitação a tratamentos, dietas, execução de exames e consultas de encaminhamento, menos hospitalizações e menos pedidos de exames

complementares (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

2.1.1 A Estratégia Saúde da Família

Uma Equipe Saúde da Família tem responsabilidade sobre a saúde de uma população de 600 a 1.000 famílias, nunca excedendo 4 mil pessoas moradoras de uma área geográfica previamente definida. A definição do território-área de uma equipe deve ser realizada conjuntamente com a população, por técnicos da secretaria municipal de saúde e certamente pela própria equipe. Durante esse processo, é de extrema importância levar em consideração os aspectos geográficos, sociodemográficos e epidemiológicos (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Os territórios-áreas são caracterizados como micro-áreas de maior ou menor risco à saúde. Estas são consideradas de risco quando apresentam maior frequência de eventos de morbimortalidade (ex: alta incidência de tuberculose) ou da presença de fatores que determinam esses eventos (concentração de pobreza, baixa escolaridade, entre outros) ou riscos ambientais (saneamento inadequado, lixões) (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

O processo de territorialização deve levar em conta aspectos como mapas do município, mapas censitários, condições culturais, econômicas e sociais da população local, além dos meios de transporte, dinâmica demográfica e homogeneidade de riscos. Apesar de que grande parte dessas informações estão em fonte de dados secundários (Censo populacional do IBGE), é de extrema importância que a equipe realize caminhadas, observações e diálogos com a população local. Dessa forma, a realização do mapeamento território-área é uma ferramenta que qualifica as ações individuais e coletivas da equipe de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

A Equipe Saúde da Família também é responsável por ações de vigilância em saúde, portanto, o cadastramento da população que reside no território é de extrema relevância sendo realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; SANTANA; CARMAGNANI, 2001; FIGUEIREDO, 2015).

Uma Unidade Básica de Saúde (UBS) pode comportar até 4 equipes de saúde da família, pois em grandes centros urbanos uma UBS com equipes de saúde da família pode ser responsável por até 12 mil habitantes, contanto que esteja garantido a operacionalização dos elementos que caracterizam a APS: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A mínima composição necessária para uma Equipe de Saúde da Família exige: um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde para cobrir 100% da população de determinado local, respeitando sempre o número máximo de 1 ACS para cada 750 pessoas e 12 ACS para a equipe ESF. A esta composição básica, pode agregar-se também a equipe de saúde bucal, que na modalidade 1 apresenta: um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário, já na modalidade 2, deve haver um técnico de higiene bucal, a jornada de trabalho de todos os profissionais deve ser de 40 horas semanais (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; SANTANA; CARMAGNANI, 2001; FIGUEIREDO, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

As Equipes de Saúde da Família são responsáveis pela promoção de saúde, pelo atendimento da demanda espontânea e programada, por atividades de prevenção de doenças, manutenção à saúde e atenção a fases específicas do ciclo de vida, como a saúde da criança e do idoso (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Dessa forma, existem algumas características do processo de trabalho na atenção básica e na ESF, comuns a todos os membros da equipe (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; DEMARZO, 2011; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013) :

- ✓ Definição do território de atuação das ESF e das UBS;
- ✓ Assistência básica e integral à população adscrita, apoio diagnóstico e laboratorial;
- ✓ Garantia de integralidade da atenção;
- ✓ Realização de escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações;
- ✓ Responsabilidade pela população inscrita;
- ✓ Realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;
- ✓ Programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes;

-
- ✓ Prática do cuidado familiar ampliado;
 - ✓ Valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva;
 - ✓ Desenvolvimento de ações educativas;
 - ✓ Desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais.
 - ✓ Realização de busca ativa e notificação de doenças e agravos;
 - ✓ Promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, planejamento, execução e avaliação das ações;
 - ✓ Promoção e desenvolvimento de ações inter-setoriais;
 - ✓ Garantia da qualidade do registro de atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
 - ✓ Participação nas atividades de educação permanente;
 - ✓ Implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização;
 - ✓ Participação das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe.

Existem muitos instrumentos e ferramentas com o intuito de organizar e otimizar o processo de trabalho dentro da APS. O prontuário familiar é uma ferramenta de extrema importância para as equipes da ESF, pois nele são registradas informações sobre a composição familiar, as principais características de cada família e os prontuários individuais de cada membro familiar (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; SANTOS; FERREIRA, 2012).

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é um sistema que agrega e processa as informações sobre a população visitada, possibilitando conhecer os principais problemas de saúde, seu modo de vida e o andamento das atividades das equipes. O SIAB apresenta algumas limitações, dessa forma, é necessário que a equipe se organize promovendo um acompanhamento personalizado com o intuito de não causar prejuízos à população por conta de limitações do sistema (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; NOGUEIRA et al., 2014).

Segundo o Conselho Federal de Medicina (1995), os serviços de urgência/emergência, vistos como sendo a porta de entrada ao sistema de saúde, deveriam ser somente porta de entrada para os problemas realmente caracterizados como urgência e emergência, como ocorrência imprevista de agravo à saúde com

ou sem risco de vida e/ou sofrimento intenso que exija atendimento médico em 24 horas ou de forma imediata (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995).

Uma relação ideal entre a ESF e os serviços de urgência/emergência deveria ocorrer com as UBS responsáveis pelo atendimento eletivo e primeiro atendimento de urgência, enquanto que para os serviços de urgência/emergência caberiam somente as verdadeiras emergências, o que de certa forma reduziria o alto percentual de consultas eletivas que são realizadas pelos serviços de urgência. Portanto, podemos afirmar que as relações entre esses serviços devem ser colaborativas, com as Equipes de Saúde da Família reduzindo a demanda não urgente e os serviços de emergência, colaborando como retaguarda para as UBS nos casos de urgência que recebem seu primeiro atendimento pelas Equipes de Saúde da Família (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

2.2 QUALIDADE DE VIDA

Há indícios que o termo qualidade de vida surgiu na literatura médica em meados da década de 1930 (SEIDL; ZANNON, 2004). Já o conceito de qualidade de vida como medida de saúde, surgiu na década de 1970, com o avanço da medicina e principalmente com o prolongamento da expectativa de vida, quando doenças consideradas letais passaram a ser curáveis ou apresentar controle de seus sintomas. A partir desse período, passou a ser de extrema relevância conseguir apresentar formas de mensurar a maneira como as pessoas vivem esses anos ganhos com a longevidade (SEIDL; ZANNON, 2004; PANZINI et al, 2007).

A qualidade de vida abrange conceitos que podem ser biológicos e funcionais, sociais e psicológicos e de origem econômica, no entanto, saúde é apenas um de seus domínios e seu aspecto genérico é apontado como sendo um diferencial de principal importância (SEIDL; ZANNON, 2004; PANZINI et al, 2007). Na área da saúde há duas conceituações do termo qualidade de vida: qualidade de vida como um conceito mais genérico, onde a mesma apresenta-se mais ampla, influenciada por estudos sociológicos e sem fazer referência às disfunções ou agravos, onde amostras de pesquisas incluem pessoas saudáveis da população (SEIDL; ZANNON,

2004). Outra conceituação é qualidade de vida relacionada à saúde, que contém objetivos semelhantes à conceituação geral, porém abrange aspectos diretamente associados às enfermidades ou intervenções em saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

Qualidade de vida baseia-se em parâmetros de aspectos importantes da vida de uma pessoa, que podem ou não coincidir com indicadores de padrão de vida. O Grupo *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) criado pela OMS, apontou que essas percepções nascem na cultura à qual as pessoas pertencem, por esse motivo, a cultura é uma questão fundamental na qualidade de vida, já que diferentes culturas tendem a privilegiar diferentes aspectos (PANZINI et al, 2007). O Grupo WHOQOL é uma colaboração entre pesquisadores clínicos e cientistas, que a partir de uma perspectiva transcultural definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo, da sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas padrões e preocupações” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998), ou seja, o Grupo WHOQOL pode ser apontado como o primeiro grupo a tratar a influência da cultura como uma variável relacionada à qualidade de vida (PANZINI et al, 2007; ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

É impossível existir um conceito único sobre qualidade de vida, mas pode-se estabelecer elementos para pensar nessa ideia enquanto fruto de indicadores ou esferas objetivas (sociais) e subjetivas, a partir da percepção que os sujeitos constroem em seu meio (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Pontos de vista objetivos buscam uma análise da realidade pautada em elementos quantificáveis e concretos, que podem ser transformados pela ação humana, considerando assim, fatores como alimentação, moradia, acesso à saúde, emprego, saneamento básico, educação, transporte, ou seja, necessidades de garantia de sobrevivência próprias da sociedade. Essa perspectiva de análise busca permitir traçar um perfil de um indivíduo ou grupo em relação ao seu acesso a bens e serviços, sendo assim possível estabelecer quadros de perfis socioeconômicos para ações voltadas à melhora da qualidade de vida dos indivíduos envolvidos (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012; HERCULANO, 2000).

As análises de qualidade de vida de forma subjetiva levam em conta questões de ordem concreta, porém, consideram variáveis históricas, sociais, culturais, de interpretação individual e de condições de bens materiais e de serviços do sujeito. Relaciona os dados objetivos com fatores subjetivos e emocionais considerando a

percepção que as pessoas possuem de suas próprias vidas, incluindo questões imensuráveis como por exemplo, prazer, felicidade, angústia e tristeza (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012; GIACOMINI, 2004; IRIGARAY; TRENTINI, 2009).

Há uma relação muito próxima entre a objetividade e a subjetividade quando se fala a respeito de qualidade de vida, pois como observou-se, a definição do tema pela OMS contempla as concepções subjetivas dos indivíduos e objetivas das condições materiais (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Como a qualidade de vida é um campo de formação em processo de definição adotar somente uma conceituação seria errôneo, pois as definições utilizadas devem ser analisadas de forma crítica além de sempre serem considerados os aspectos objetivos e subjetivos, principalmente por se complementarem (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Dessa maneira, podemos afirmar que considerar somente questões de ordem biológica para qualidade de vida faz com que essa área de estudo torne-se incompleta e equivocada, pois haverá de certa forma a desconsideração de variáveis histórico-culturais. Dentro das ciências humanas e biológicas, a preocupação com o conceito de qualidade de vida visa valorizar parâmetros mais amplos do que o simples controle de sintomas, a diminuição da taxa de mortalidade e o aumento da expectativa de vida (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

2.2.1 Instrumentos

Os instrumentos de qualidade de vida relacionados à saúde tendem a manter um caráter multidimensional e avaliam a percepção geral da qualidade de vida, embora a ênfase atualmente recaia sobre sintomas, incapacidades ou limitações ocasionadas por enfermidades (SEIDL; ZANNON, 2004). Já os instrumentos genéricos de qualidade de vida, quando aplicados, refletem diversos aspectos da vida das pessoas (NOBRE, 1995).

Assim como há esferas objetivas e subjetivas para a definição de qualidade de vida, há também instrumentos de cunho objetivo e subjetivo (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Os instrumentos de ordem objetiva visam verificar os bens materiais que influenciam nas condições do modo de vida. Esse tipo de análise tem como principal objetivo estabelecer quadros gerais de vida das populações a partir de dados concretos, sem abordagem individual dos indivíduos (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012; PIZZOL, 2013). A percepção objetiva de qualidade de vida está ligada à garantia e satisfação das necessidades mais básicas do ser humano, lidando com o consumo e utilização de bens materiais concretos. Dessa forma, passa a ser independente da interpretação do indivíduo em face de sua própria vida (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012; PIZZOL, 2013). Essa condição objetiva passa a ser de maior compreensão quando associada à instrumentos indicadores, que por sua vez apoiam-se em dados de acesso dos grupos sociais e materiais de consumo. Um exemplo desse tipo de instrumento indicador é o IDH, elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012; PIZZOL, 2013). Os indicadores aliados a uma esfera objetiva lidam de forma mais simples com variações culturais. Dessa maneira, essa questão multicultural não é um problema para coleta de dados de análises objetivas, por outro lado, por ignorarem as diversidades, suas conclusões são colocadas em dúvida (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Os índices de ordem subjetiva, visam estabelecer perfis de populações, porém, esses perfis são formados a partir da percepção individual dos sujeitos. Dessa forma, considera elementos como bem-estar pessoal, controle de estresse, nutrição equilibrada, atividade física, cuidados preventivos com a saúde e relacionamentos sociais. A esfera subjetiva incorpora sentimentos e juízos de valor do sujeito que é ligado a cargas culturais, ambientais e de possíveis condições de desenvolvimento para a sua vida. Além disso, também diz respeito a diferentes fases da vida do indivíduo, tendo um conceito diferente para cada uma delas para o mesmo sujeito (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012; PIZZOL, 2013). Cada sociedade forma de maneira diferente o seu padrão de vida, padrão esse que influencia diretamente na expectativa e níveis de satisfação das pessoas que a compõem, o que induz na questão sobre o que é e o que não é uma boa qualidade de vida. Sendo assim, a satisfação dos indivíduos com relação a realizações pessoais assim como bens materiais conquistados, diversificam de acordo com o padrão de sua sociedade e também de seus valores pessoais (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Os instrumentos para análise subjetiva visam avaliar tanto questões individuais, quanto a presença de bens materiais na vida das pessoas, sendo que os dados são informados pelos próprios sujeitos e não por órgãos generalizantes, como acontece com as análises objetivas. Um exemplo de indicador subjetivo é o WHOQOL – 100, desenvolvido pela OMS (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012; PIZZOL, 2013).

As relações entre as esferas objetivas (expressa pela análise de indicadores de condições de vida) e subjetivas (ações próprias e estilo de vida do indivíduo) são praticamente inevitáveis pois exercem influências entre si. Dessa forma é comum a dificuldade em separar os elementos de uma esfera e de outra quando há o desejo de atear-se a apenas uma delas (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

2.2.2 Saúde bucal relacionada à qualidade de vida

Saúde oral é a ausência de: dor facial e boca, feridas orais, defeitos congênitos, doença periodontal, falta de dentes e outros problemas orais que de alguma maneira possam prejudicar a cavidade oral (CUNHA et al., 2014). Dessa forma, a saúde bucal passa a ser um componente indispensável na qualidade de vida dos indivíduos, pois afeta seu desenvolvimento mental, físico, psicológico e social, como por exemplo no que se diz respeito à pronuncia das palavras e função alimentar (CUNHA et al., 2014; ALCARDE et al., 2010).

Para avaliar o impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos indivíduos, pesquisadores vêm utilizando o termo saúde bucal relacionada à qualidade de vida (GUERRA et al., 2014). A saúde bucal faz parte da saúde geral e está extremamente ligada à qualidade de vida, pois todos os indivíduos devem apresentar uma saúde oral que os permitam falar, mastigar, reconhecer o sabor dos alimentos, sorrir, não apresentar dor ou desconforto e se relacionar com outros indivíduos perante a sociedade sem constrangimentos (TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2007). Dessa forma, a qualidade de vida pode ser extremamente afetada pela satisfação ou insatisfação que o indivíduo apresenta em relação à sua saúde oral, sendo que as principais preocupações relatadas são relacionadas ao conforto, estética e função (BARBIERI; RAPAPORT, 2009).

Preocupações dessa ordem podem acarretar problemas psicológicos e emocionais como ansiedade, diminuição da autoestima e timidez excessiva, o que afeta negativamente a qualidade de vida dos indivíduos (GUERRA et al., 2014; BARBIERI; RAPAPORT, 2009). Portanto, a autopercepção em saúde bucal contribui de forma positiva na avaliação dos cuidados em saúde (BARBIERI; RAPAPORT, 2009).

Manter a saúde oral na população geriátrica é de extrema importância para assegurar conforto, saúde e bem-estar (COLEMAN, 2002). A pobre saúde oral nessa população pode levar a condições de vida ameaçadoras, como a má nutrição, doenças cardiovasculares e pneumonias, já que o aumento da placa dentária decorrente da pobre higiene oral promove a colonização de patógenos respiratórios, aumentando o risco de pneumonias em indivíduos suscetíveis (COLEMAN, 2002).

De certa forma, há uma diferença na percepção clínica e na autopercepção dos idosos referente à sua saúde oral, ou seja, mesmo quando há uma avaliação clínica com resultados ruins do profissional de saúde especializado, os idosos comumente avaliam sua saúde oral de forma positiva, devido a uma conformidade propagada, onde acredita-se que é normal e até mesmo cabível para uma idade avançada apresentar uma saúde oral precária, com dores, incapacidades e falta de dentes (CUNHA et al., 2014; BARBIERI; RAPAPORT, 2009). A avaliação positiva dos idosos perante sua saúde oral gera efeitos negativos, já que uma saúde oral inadequada facilita o aparecimento de alterações na cavidade oral que resultam em dificuldade de alimentação e fala, causando distúrbios alimentares e consequentemente má nutrição (CUNHA et al, 2014). Além disso, os idosos que apresentam uma percepção de que não possuem uma boa saúde oral não se preocupam ou se incomodam com essa situação, fazendo com que o número de idosos que relatam impacto na qualidade de vida relacionado à saúde bucal seja muito maior do que o número investigado (CUNHA et al, 2014).

É extremamente necessário conhecer tanto as necessidades objetivas quanto as subjetivas da população idosa, portanto é importante que o idoso possa expressar seus sentimentos e necessidades, sendo muito difícil de se conseguir somente a partir de exames de cunho objetivo das avaliações clínicas (SILVA; SOUSA, 2006). Mesmo conhecendo a importância dos aspectos sociais e psicológicos, a odontologia ainda emprega índices biológicos em suas avaliações, tais como o Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados e o Índice Periodontal

Comunitário (GUERRA et al., 2014). Esses índices não são capazes de avaliar a percepção subjetiva do indivíduo e a maneira como a saúde bucal afeta a vida diária¹³. Indicadores clínicos são importantes para a avaliação da saúde oral e tratamentos necessários, no entanto, suas limitações devem ser consideradas (BIAZEVIC et al., 2004). A combinação de indicadores clínicos e subjetivos definem uma avaliação multidimensional de saúde oral (BIAZEVIC et al., 2004).

A comunidade científica, ao reconhecer que a percepção negativa de saúde tem extrema relação com indicadores de iniquidades sociais, procurou criar e validar os chamados “indicadores sociodentais”, que são instrumentos utilizados para avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida do indivíduo e/ou população (TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2007; GABARDO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013).

Na odontologia, muitos indicadores têm surgido na literatura para avaliar o impacto da saúde oral na qualidade de vida (MCGRATH; BEDI, 2004). Entre esses indicadores, ressalta-se por sua ampla utilização o *Oral Health Impact Profile (OHIP)* (GABARDO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013).

2.2.3 OHIP-14

A epidemiologia bucal tem usado indicadores clínicos para determinar necessidades terapêuticas, no entanto, esses indicadores são limitados pois não mensuram a multidimensionalidade da saúde oral (PIRES; FERRAZ; ABREU, 2006). Pesquisadores estão começando a se preocupar com a correlação entre condições de saúde oral e qualidade de vida, dessa forma, vários instrumentos têm sido desenvolvidos para identificar e avaliar como os problemas orais interferem na vida diária das pessoas, influenciado em sua qualidade de vida (PIRES; FERRAZ; ABREU, 2006; VRGAS; PAIXÃO, 2005).

Slade e Spencer, em 1994 criaram o instrumento “*Oral Health Impact Profile – OHIP*” (Perfil de Impacto da Saúde Bucal), apresentando 49 questões com o intuito de relacionar a percepção de saúde bucal com a qualidade de vida (BASTOS, 2009).

A formulação das perguntas do questionário OHIP foram baseadas em sete dimensões descritas por Locker em 1989, são elas: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade

social e desvantagem social (BARBIERI; RAPAPORT, 2009; BASTOS, 2009; MARTINS et al., 2014). As dimensões limitação funcional, dor física e desconforto psicológico relacionam-se com problemas próprios das pessoas. As dimensões referentes à incapacidade física, psicológica e social relacionam-se ao impacto da saúde bucal no dia a dia dos indivíduos. A dimensão desvantagem social expõe a proporção da desvantagem causada pelo problema da saúde bucal (BASTOS, 2009).

Slade em 1994, propôs uma versão reduzida do OHIP, pois algumas pesquisas começaram a apresentar certas dificuldades para aplicação do instrumento em grupos populacionais que não permitem o uso completo das perguntas, ou pela necessidade de menos tempo para a realização da pesquisa (pesquisa em serviços de saúde), ou pesquisas com sujeitos que apresentam dentadura natural. Essa nova versão foi denominada OHIP-14, apresentando somente quatorze questões, ou seja, duas questões para cada dimensão, onde as respostas são dadas através de uma escala de Likert: 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = frequentemente e 4 = sempre, sendo que quanto mais alto é o valor, pior é a autopercepção do impacto (GABARDO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013; BASTOS, 2009).

O instrumento OHIP-14 é considerado um bom indicador para captar percepções e sentimentos dos indivíduos sobre sua própria saúde bucal e suas expectativas em relação ao tratamento e serviço odontológico, tornando-se uma metodologia de escolha em avaliações com esta finalidade (BARBIERI; RAPAPORT, 2009).

Existem também na literatura adaptações do OHIP para populações específicas, alguns exemplos de adaptação desse instrumento são o OHIP-J, uma versão japonesa onde foi acrescentado cinco questões específicas para aquela população, o NHANES-OHIP, uma versão composta por sete questões aplicada em indivíduos dos Estados Unidos e da Austrália, e o OHIP-20, criado para ser aplicado em edêntulos (GABARDO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013). Revisões sistemáticas mostram que a maioria dos estudos utilizam o método de adição para obter os escores relativos às respostas autorrelatadas pelos indivíduos participantes (GABARDO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013).

Em 2003, Pires realizou a tradução para a língua portuguesa, validação e adaptação cultural da versão original do OHIP (BASTOS, 2009).

2.3 CAPACIDADE FUNCIONAL

O envelhecimento causa alterações em sistemas funcionais de forma crescente e muitas vezes irreversíveis (FIEDLER; PERES, 2008). Com o aumento da longevidade, houve uma diminuição das doenças infectocontagiosas e um aumento das doenças crônico-degenerativas, o que causa dependência nas atividades de vida diária e conseqüentemente leva à incapacidade funcional (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013). A incapacidade funcional pode acarretar a necessidade de auxílio de terceiros para a realização de atividades de vida diária (GONÇALVES et al., 2010), o que de certa forma, gera um impacto negativo na qualidade de vida (GUIMARÃES et al., 2004).

Capacidade funcional é a habilidade física e mental em manter uma vida independente e autônoma, ou seja, é o potencial que o indivíduo apresenta para decidir e agir independentemente em sua vida, realizando atividades tanto físicas quanto mentais indispensáveis para a conservação de suas atividades básicas e instrumentais de vida diária (FIEDLER; PERES, 2008; GUIMARÃES et al., 2004; BARBOSA et al., 2014; MARCHON; CORDEIRO; NAKANO, 2010).

No processo teórico de tornar-se incapaz, considera-se os seguintes aspectos: fatores predisponentes (características sociodemográficas), fatores intra-individuais (estilo de vida, morbidades, autopercepção de saúde, alterações de comportamento, forma de lidar com dificuldades e doenças) e fatores extra-individuais (intervenções do serviço de saúde e reabilitação, uso de medicamentos, ambiente físico e social) (D'ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011).

Com a idade avançada, há a diminuição da capacidade funcional que se associa a fatores clínicos, ambientais e também pessoais (MARCHON; CORDEIRO; NAKANO, 2010). A doença faz parte da rede causal, porém não está necessariamente relacionada à perda de autonomia. Dessa maneira, a capacidade funcional apresenta-se como um novo conceito em saúde, de extrema importância na gerontologia como indicativo de qualidade de vida (MARCHON; CORDEIRO; NAKANO, 2010).

Atualmente demonstra-se que é muito mais simples evitar óbitos do que evitar o desenvolvimento de incapacidades, pois ao ano, cerca de 10% da população com idade superior a 75 anos perde a independência em uma ou mais atividades de vida

diária (GONÇALVES et al., 2010). Estudos tanto nacionais quanto internacionais mostram que a incapacidade funcional é um dos fatores preditivos da mortalidade em idosos, sendo que seu efeito é mais importante do que a condição cognitiva e em idosos com idade superior a 85 anos apresenta ser melhor preditora de mortalidade do que as patologias (D'ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011).

O aspecto motor da capacidade funcional é um dos registros mais importantes de um envelhecimento próspero, acarretando um impacto positivo na qualidade de vida da população idosa. A ausência dessa capacidade está aliada à previsão de fragilidade, dependência, institucionalização, maior risco de quedas, problemas de mobilidade e morte, o que traz dificuldades ao longo do tempo, causando cuidados de longa permanência e alto custo (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013; GONÇALVES et al., 2010).

Dessa forma, são de extrema importância as pesquisas sobre a capacidade funcional na população idosa, a fim de compreender como essa população está vivendo os anos ganhos com a longevidade, pois detectar o grau de dependência dos idosos permite a escolha de intervenções adequadas, tanto individuais quanto em grupo, com o intuito de prevenir incapacidades, melhorar atividades cotidianas, bem como para auxiliar em atividades e promoção de saúde (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013).

Além de fatores biológicos como doenças crônicas, deficiências e problemas médicos em geral, a capacidade funcional também apresenta associações com fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013; GUIMARÃES et al., 2010). Dessa maneira, comportamentos relacionados ao estilo de vida como fumar, ingerir bebidas alcoólicas frequentemente, comer excessivamente, não praticar exercícios físicos, padecer de estresse psicossocial e não manter relações sociais podem ser fatores explicativos da incapacidade funcional (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013).

A capacidade funcional apresenta dois domínios mais investigados: as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), que apresentam uma relação com o autocuidado e a sobrevivência (tomar banho, alimentar-se, etc) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), que estão relacionadas com atividades mais complicadas e independência na comunidade (fazer compras, utilizar transporte, etc) podendo ser avaliados separadamente ou em conjunto (BARBOSA et al., 2014; D'ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011; FIALHO et al., 2014). Em estudos

epidemiológicos, a avaliação é realizada através de relato do próprio indivíduo sobre o grau de dificuldade, a necessidade de ajuda de terceiros ou a impossibilidade de realizar atividades básicas e/ou instrumentais de vida diária, sendo que as incapacidades para ABVD são consideradas mais graves do que as para AIVD (D'ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011; FIALHO et al., 2014).

O índice de Katz é um instrumento utilizado para avaliar ABVD, foi criado por Sidney Katz em 1963 com o intuito de avaliar a capacidade funcional do indivíduo idoso. Para isto, Katz desenvolveu uma lista que relaciona-se gradualmente com os padrões do desenvolvimento infantil, isto é, a perda da função no idoso inicia-se pelas atividades mais complexas. Esse instrumento consiste na premissa de que o declínio funcional e a perda da capacidade para efetuar as atividades de vida diária em pessoas idosas seguem um mesmo padrão de evolução (BARBOSA et al., 2014).

São inúmeros os instrumentos que em gerontologia são utilizados com o objetivo de avaliar a funcionalidade. O índice de independência nas atividades de vida diária desenvolvido por Sidney Katz, embora tenha sido publicado pela primeira vez em 1963, é ainda hoje um dos instrumentos mais utilizados em estudos gerontológicos tanto nacionais quanto internacionais (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

2.3.1 O Índice de Katz

No século XX, a Organização Mundial da Saúde começou a inserir a importância da funcionalidade na avaliação em saúde. Em meados da década de 1950, com o aumento da população idosa e das doenças crônicas, o governo dos Estados Unidos organizou uma comissão objetivando estudar o impacto que as doenças crônicas podem causar na assistência à saúde, dando destaque à avaliação funcional (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

As informações sobre saúde que abordavam a questão funcionalidade não eram precisas o suficiente para serem utilizadas em pesquisas. À vista disso, a ciência passou a concentrar-se no desenvolvimento de instrumentos de medidas que mostrassem precisão quantitativa à descrição da gravidade dos problemas funcionais de indivíduos idosos (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Muitas teorias e instrumentos de medidas começaram a ser desenvolvidos. Katz e colaboradores passaram a constatar que o resgate do desempenho funcional de seis atividades básicas de vida diária (banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ser continente e alimentar-se) eram equivalentes ao processo de desenvolvimento da criança, além da similaridade entre as seis funções básicas e a conduta dos indivíduos nas sociedades primitivas, propondo que as funções eram biológicas e psicossocialmente primárias, o que mostra uma graduação das respostas neurológicas e locomotoras (BARBOSA et al., 2014; DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007; LINO et al., 2008).

Na década de 1950 Katz e Chinn, em um hospital de cuidados de longa permanência chamado Benjamim Rose Hospital, localizado em Ohio, começaram a tentar desenvolver métodos para obter informações quantitativas a respeito da perda de habilidades e do aumento da razão de morte. Na tentativa de pautar o trajeto das doenças na população idosa, durante a avaliação inicial e em seguimentos posteriores eram coletados dados de ordem física, social e psicológica (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007). Os dados obtidos foram analisados e a equipe desenvolveu um instrumento objetivando a avaliação da independência funcional dos pacientes para atividades consideradas básicas e biopsicossocialmente integradas: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se (da cama para a cadeira e vice-versa), ser continente e alimentar-se, sendo que as características funcionais dos idosos eram obtidas a partir de seu desempenho funcional e não de sua capacidade de realizar a função, ou seja, se o idoso em questão recusasse fazer alguma das atividades era considerado incapaz para a função, mesmo que fosse possível realizá-la (BARBOSA et al., 2014; DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Katz e sua equipe desenvolveram o denominado “*Index of ADL (Index of Activity Daily Living)*”, um instrumento de medida das atividades de vida diária que foi organizado para mensurar a independência no desempenho das seis funções básicas citadas anteriormente. Apesar do desenvolvimento de outros instrumentos, esse, até os dias atuais, tem sido o mais utilizado pela literatura gerontológica (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Segundo o Index of ADL, os idosos eram identificados como independentes se desenvolvessem todas as seis atividades sem supervisão, orientação ou auxílio direto. Depois de decidido a terminologia a ser utilizada, o instrumento ainda em elaboração, foi aplicado em 64 pacientes com fraturas de quadril recepcionados no

Benjamim Rose Hospital. Para cada função eram feitas três observações, onde o profissional que estivesse observando especificava o desempenho do idoso conforme a definição mais adequada (Quadro 1) (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Nome:		Data da avaliação:
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.		
Banho – banho de leito, banheira ou chuveiro		
☐ Não recebe assistência (entra e sai da banheira sozinho, se esta é usualmente utilizada para banho)	☐ Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna)	☐ Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo
Vestir – pega roupa no armário e veste, inclui roupas íntimas, externas, fechos e cintos (caso use)		
☐ Pega as roupas e se veste completamente sem assistência	☐ Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos	☐ Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupas.
Ir ao banheiro – dirige-se ao banheiro para urinar ou evacuar: faz a higiene e se veste após as eliminações		
☐ Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã).	☐ Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se, ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite.	☐ Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar.
Transferência		
☐ Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador).	☐ Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio.	☐ Não sai da cama.
Continência		
☐ Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar	☐ Tem "acidentes"* ocasionais. <i>*acidentes = perdas urinárias ou fecais.</i>	☐ Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente.
Alimentação		
☐ Alimenta-se sem assistência.	☐ Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar a manteiga no pão.	☐ Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral.

Quadro 1 – Índice de Atividades de Vida Diária – Katz, 1963

Fonte: Katz, 1963 apud Duarte, 2007

O formulário apresenta três ordens de avaliação: independente, parcialmente dependente e totalmente dependente, com o intuito de facilitar a avaliação observacional, obtendo o registro exato das informações (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007; LINO et al., 2008).

O desenvolvimento da escala foi finalizado após resultados pertencentes a seis meses de avaliações com 45 pacientes e um ano em 25 pacientes, a amostra referente à primeira avaliação mostrou indivíduos de 50 a 99 anos, sendo que 93,3% tinham 60 anos ou mais e na mesma proporção não tinham companheiro, apenas dois eram do sexo masculino (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007). Os pesquisadores observaram nesse grupo que quando havia a necessidade de assistência em relação a uma função, esta era a do banho, quando necessária para duas funções eram “banhar-se” e “vestir-se”, para três funções, “banhar-se”, “vestir-se” e “ir ao banheiro”, para quatro funções, a três primeiras mais “transferência” e para cinco funções as quatro primeiras mais “continência”, sendo assim a “alimentação” foi a última função que mostrou necessidade de assistência pelos indivíduos avaliados (BARBOSA et al., 2014; DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007). A partir dessas observações, a escala *Index of Independence in Activities of Daily Living* foi produzida, associando a independência/dependência dos indivíduos à utilização de letras (Quadro 2) (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Índice de AVDs (Katz)	Tipo de Classificação
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 que não se classifiquem em C, D, E, F.

Quadro 2 – Escala Índice de Independência em Atividades de Vida Diária – Katz, 1963

Fonte: Katz, 1963 apud Duarte, 2007.

Para validar as propriedades psicométricas do índice, demonstrando sua confiabilidade e precisão, este foi aplicado em 1001 indivíduos de diferentes instituições, onde 96% foram classificados pela escala proposta (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007). Este estudo atingiu indivíduos de todas as idades,

sendo que 60% eram idosos, que em sua maioria apresentavam mais de uma doença crônica ou suas sequelas. Após um ano de pesquisa, verificou-se que os indivíduos classificados na escala com as letras B ou C recebiam ajuda de cuidadores formais e 79% dos indivíduos classificados como D, E, F ou G recebiam essa assistência. Portanto, o instrumento mostrou características que o possibilitam de certa forma prever necessidades assistenciais (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Os pesquisadores também observaram a ordem de recuperação dos pacientes. A recuperação das funções passou por três estágios: independência em alimentação e continência, depois transferência e ir ao banheiro e após a alta, banhar-se e vestir-se. Observa-se então a certificação da hipótese da semelhança da escala com o desenvolvimento infantil (BARBOSA et al., 2014; DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007). Segundo os autores existe um retrocesso ordenado que faz parte do processo de envelhecimento, onde as perdas funcionais aconteceriam das funções mais complexas para as mais básicas, enquanto as funções que são menos complexas poderiam permanecer por mais tempo (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

No ano de 1984, Rubenstein, com a anuência de Katz e colaboradores apresentou uma outra forma de classificação do índice, onde o mesmo foi reclassificado em três categorias: mais independente (Katz A e B), intermediário (Katz C, D e E) e mais dependente (Katz F e G), sendo que a categoria outros, foi excluída (Quadro 3). Essa nova classificação para avaliação de serviços é interessante pois reduz o número de variáveis e mantém as propriedades psicométricas (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Classificação Funcional	Index ADL de Katz
Mais funcional	Katz A, B
Funcionalidade intermediária	Katz C, D, E
Menos funcional	Katz F, G

Quadro 3 – Classificação do índice de Katz modificado por Rubenstein.

Fonte: Rubenstein 1984 apud Duarte, 2007

O índice de Katz pode ser utilizado para revelar o início da incapacidade no processo de envelhecimento, estabelecer prognósticos, analisar as solicitações

assistenciais, definir o quanto pode ser efetivo um tratamento, além de contribuir na área da reabilitação (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

No ano de 2008, Lino et al. fizeram a adaptação transcultural e tradução da escala Katz para o idioma português, que foi utilizado na coleta de dados deste estudo (Anexo A).

3 Proposição

3 PROPOSIÇÃO

3.1 OBJETIVOS GERAIS

Investigar a capacidade funcional e saúde bucal relacionada à qualidade de vida do idoso.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar se a capacidade funcional agrava-se com o envelhecimento;

Avaliar a capacidade funcional relacionada à saúde bucal e à qualidade de vida;

Avaliar a capacidade funcional relacionada à condição socioeconômica;

Avaliar a capacidade funcional relacionada às comorbidades;

Avaliar a saúde bucal relacionada à qualidade de vida e à condição socioeconômica;

Avaliar a saúde bucal relacionada à qualidade de vida relacionada e às comorbidades.

4 Material e Métodos

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo. Plataforma Brasil, CAAE 37043414.2.0000.5417 (Anexo B).

4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram aceitos como participantes, indivíduos com idade a partir de 65 anos, que residam em território de abrangência das Unidades Saúde da Família da cidade de Bauru. Foram excluídos do estudo indivíduos que não aceitaram participar da pesquisa e que apresentavam alterações de compreensão e expressão da comunicação.

4.3 CAPACIDADE FUNCIONAL

Capacidade funcional caracteriza-se pela autonomia e independência que um indivíduo tem para realizar suas atividades de vida diária. Uma vez que a heterogeneidade deste grupo é grande a avaliação da capacidade funcional torna-se mais valorizada que a própria idade cronológica (FIGUEIREDO et al., 2013). Com o aumento da população idosa, cresce também a necessidade de utilização de instrumentos com o intuito de avaliar a funcionalidade. O Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária, desenvolvido por Sidney Katz é um dos instrumentos mais antigos e citados na literatura tanto nacional quanto internacional (GUIMARÃES et al, 2004). Desta forma, utilizamos esse índice para investigar as atividades de vida diária em geral, sendo que o índice foi aplicado em forma de entrevista, diretamente ao sujeito participante da pesquisa. O pesquisador fez as perguntas e anotou as respostas dadas pelo sujeito. Todas as perguntas do índice foram feitas da mesma maneira por todos os pesquisadores que o aplicaram. O índice de Katz é composto por seis perguntas, sobre os domínios banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação (GUIMARÃES et al, 2004). Após ser aplicado o questionário, foi feita a classificação para cada atividade através

da escala do índice de independência de atividades de vida diária e em seguida foi realizada a classificação modificada por Rubenstein, onde o indivíduo passa a ser especificado como mais funcional, com funcionalidade intermediária ou menos funcional (GUIMARÃES et al, 2004).

4.4 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

Determinantes sociais da saúde foram definidos pela OMS como a maneira como as pessoas nascem, crescem, trabalham e envelhecem concomitantemente ao sistema de saúde a que estão expostas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Desta maneira, foram incluídos aspectos socioeconômicos na pesquisa como o número de pessoas que residem na residência, quantos cômodos servem de dormitório, o número de bens de consumo, a renda familiar, os anos de estudo que o idoso já realizou, quantas pessoas usufruem da renda mensal, a ocupação/aposentadoria e o estado civil (Anexo C).

4.5 SAÚDE BUCAL RELACIONADA À QUALIDADE DE VIDA

4.5.1 O instrumento OHIP

Nesse estudo foi utilizado como instrumento para verificar a saúde bucal relacionada à qualidade de vida o questionário OHIP-14, que foi aplicado em forma de entrevista. O pesquisador fez as perguntas e anotou as respostas dadas pelo sujeito participante. Todos os pesquisadores que aplicaram o questionário OHIP-14 fizeram as perguntas da mesma maneira.

As dimensões de impacto na qualidade de vida acessadas por este questionário, com suas respectivas questões, foram especificadas no quadro abaixo (Quadro 4):

Dimensão	Perguntas
Limitação funcional	Você tem problemas para pronunciar palavras por causa de problemas com seus dentes ou sua boca? Você já sentiu mudança no sabor dos alimentos por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?
Dor física	Você já sentiu dor na sua boca? Você já teve desconforto para comer qualquer alimento por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?
Desconforto psicológico	Você já ficou inibido por causa dos seus dentes ou sua boca? Você já se sentiu estressado por causa de seus dentes ou sua boca?
Incapacidade e física	A sua alimentação tem sido ruim por causa de problemas com seus dentes ou boca? Você já teve que interromper alguma refeição por causa dos seus dentes ou boca?
Incapacidade e psicológica	Você já teve dificuldade para descansar por causa de problemas com seus dentes ou boca? Você se sentiu um pouco envergonhado por causa de seus dentes e sua boca?
Incapacidade e social	Você já ficou um pouco irritado com outras pessoas por causa de problemas com sua boca ou dentes? Você tem dificuldades para fazer suas atividades diárias por causa de seus dentes ou boca?
Deficiência	Você já sentiu que de maneira geral a vida te satisfaz menos por causa de problemas com seus dentes ou sua boca? Você já esteve totalmente incapaz de agir por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?

Quadro 4 – Dimensões e respectivas questões do questionário OHIP-14

Fonte: Bastos, 2009.

As respostas foram feitas em uma escala de Likert em que há códigos que foram escolhidos pelo participante conforme sua resposta. Os códigos são: 0 = nunca; 1 = dificilmente; 2 = às vezes; 3 = quase sempre; 4 = sempre.

4.6 TAMANHO DA AMOSTRA

O cálculo amostral foi realizado com base no estudo piloto realizado na área de cobertura das Unidades de Saúde da Família do Parque Santa Edwiges e Vila Dutra. Através da porcentagem da incapacidade funcional moderada e severa observada (8,2%) num total de 72 idosos com idade a partir de 65 anos, com nível de significância de 5%. Calculando-se o tamanho da amostra, chegou-se ao valor mínimo de 117 idosos.

Esta pesquisa é parte do estudo “Saúde bucal relacionada à qualidade de vida de idosos” cujo tamanho da amostra é maior que a calculada para este trabalho. Assim, a amostra final utilizada nesta pesquisa foi maior que a estimada, incluindo 238 idosos.

4.7 LOCAIS DE AMOSTRAGEM

O estudo foi desenvolvido nas regiões das unidades de saúde e os sujeitos de pesquisa necessariamente residiam em área de cobertura da Estratégia Saúde da Família.

As Unidades Saúde da Família que fazem parte deste estudo estão arroladas a seguir:

- Unidade Saúde da Família Vila Dutra
- Unidade Saúde da Família Santa Edwirges – Dr. Sebastião Simi
- Unidade Saúde da Família Jardim Godoy
- Unidade Saúde da Família Vila São Paulo – Dr. Danilo Campana
- Unidade Saúde da Família Nova Bauru
- Unidade Saúde da Família Pousada da Esperança II
- Unidade Saúde da Família Nove de Julho/Fortunato Rocha Lima

O estudo foi realizado com base nas sete Unidades da Estratégia Saúde da Família de Bauru, estado de São Paulo, Brasil, num modelo epidemiológico de pesquisa comunitária observacional transversal. Os bairros de cada área de cobertura das unidades de saúde foram numerados e por sorteio simples foi escolhido um bairro por idoso. A busca pelos participantes iniciou pela face norte de cada bairro até que se encontrasse uma residência com idosos que preenchessem os critérios de inclusão. A totalidade dos idosos de cada residência tornou-se participante da pesquisa após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D).

Para efeito de exemplo a figura 2 apresenta a numeração dos bairros da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família da Vila São Paulo, região norte da cidade.

Figura 1 – Área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Vila São Paulo, região norte de Bauru.

Em cada quarteirão sorteado o examinador iniciou o percurso pela esquina esquerda da face norte da quadra sempre no sentido horário para arrolar os indivíduos do grupo etário de idosos, conforme se observa na figura 2.

Figura 2 – Esquema de percurso de uma quadra.

4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente os valores obtidos em todas as variáveis foram submetidos ao teste de normalidade de Kolgomorov-Smirnof. Em seguida, os dados coletados foram dicotomizados entre idosos com incapacidade funcional (índice de Katz de C a G) e sem incapacidade funcional (índice de Katz de A ou B). Para observar a tendência de ocorrência da incapacidade funcional com as variáveis socioeconômicas, de saúde bucal relacionada à qualidade de vida e às comorbidades foi utilizado o Teste de Pearson, ao nível de significância de 0,05. Para observar a tendência de associação entre as variáveis independentes saúde bucal relacionada á qualidade de vida, condições socioeconômicas e comorbidades com a variável dependente capacidade funcional, foi utilizada a Regressão Linear Multivariada, ao nível de significância de $p < 0,01$.

5 Resultados

5 REULTADOS

Participaram da pesquisa 238 idosos, cujas variáveis sociais estão apresentadas na tabela 1 divididas de acordo com a incapacidade funcional. No total, 21 idosos (8,8%) apresentavam incapacidade moderada e severa, enquanto que 217 (91,2%) não apresentavam.

Tabela 1 – Variáveis sociais dos idosos participantes, apresentadas pelo índice de Katz

Variável social	Classificação	Apresenta incapacidade (Katz C-G)		Não apresenta incapacidade (Katz A-B)	
		n	%	n	%
Idade	65 a 74 anos	5	2,1	129	54,2
	75 anos ou mais	16	6,7	88	37,0
Sexo	Feminino	11	4,6	121	50,9
	Masculino	10	4,2	96	40,3
Cor da pele	Branca	16	6,7	139	58,4
	Não branca	5	2,1	78	32,8
Escolaridade	Estudou	15	6,3	149	62,6
	Analfabeto	6	2,5	68	28,6
Renda familiar	Até 2 salários	11	4,6	135	56,7
	Mais de 2 salários	10	4,2	82	34,5
Ocupação	Aposentado	20	8,4	190	79,8
	Trabalha	1	0,4	27	11,4
Estado civil	Com companheiro	7	2,9	129	54,2
	Sem companheiro	14	5,9	88	37,0

Como especificado na tabela 2 em relação às comorbidades apresentadas pelos participantes, a hipertensão arterial e a diabetes obtiveram destaque sendo encontradas em 75,6% e 31,5% respectivamente. Dentre os idosos hipertensos, 7,1% apresentaram algum nível de incapacidade funcional.

Tabela 2 - Variáveis de comorbidades e hábitos de vida apresentadas pelo Índice de Katz.

Comorbidade	Apresenta?	Apresenta incapacidade (Katz C-G)		Não apresenta incapacidade (Katz A-B)	
		n	%	N	%
Hipertensão arterial	Sim	17	7,1	163	68,5
	Não	4	1,7	54	22,7
Diabetes	Sim	7	2,9	68	28,6
	Não	14	5,9	149	62,6
Acidente Vascular Encefálico	Sim	2	0,8	9	3,8
	Não	19	8,0	208	87,4
Doenças cardiovasculares	Sim	4	1,7	29	12,2
	Não	17	7,1	188	79,0
Doenças pulmonares	Sim	3	1,2	6	2,5
	Não	18	7,6	211	88,7
Artrite/Artrose/Osteoporose	Sim	5	2,1	32	13,5
	Não	16	6,7	185	77,7
Hipercolesterolemia	Sim	2	0,8	41	17,2
	Não	19	8,0	176	74,0
Deficiências	Sim	1	0,4	8	3,4
	Não	20	8,4	209	87,8
Doença de Parkinson	Sim	1	0,4	1	0,4
	Não	20	8,4	216	90,8
Doença de Alzheimer	Sim	1	0,4	0	0,0
	Não	20	8,4	217	91,2
Câncer	Sim	0	0,0	7	3,0
	Não	21	8,8	210	88,2
Gastrite	Sim	1	0,4	6	2,5
	Não	20	8,4	211	88,7
Hiper/Hipotireoidismo	Sim	2	0,8	19	8,0
	Não	19	8,0	198	83,2
Problemas de circulação	Sim	1	0,4	7	3,0
	Não	20	8,4	210	88,2
Depressão	Sim	2	0,8	10	4,2
	Não	19	8,0	207	87,0
Labirintite	Sim	0	0,0	9	3,8
	Não	21	8,8	208	87,4
Infecções urinárias	Sim	1	0,4	4	1,7
	Não	20	8,4	213	89,5
H.I.V	Sim	0	0,0	1	0,4
	Não	21	8,8	216	90,8
Fumo	Sim	4	1,7	25	10,5
	Não	17	7,1	192	80,7
Dependência de álcool	Sim	1	0,4	7	3,0
	Não	20	8,4	210	88,2

Na variável saúde bucal relacionada à qualidade de vida descrita na tabela 3, as 14 questões foram primeiramente respondidas através da escala de Likert. Em seguida a mesma escala foi classificada, sendo que as respostas “nunca”, “raramente” e “as vezes” foram consideradas como “não sente impacto”, e as respostas “repetidamente” e “sempre” foram consideradas como “sente impacto”. Em meio às respostas classificadas como “sente impacto” houve maior prevalência na dimensão dor física onde 20,6% dos entrevistados relataram desconforto durante a mastigação, e menor prevalência na dimensão incapacidade social onde nenhum indivíduo apresentou dificuldades em realizar atividades diárias por motivos de problemas bucais. Dentre os que apresentaram desconforto durante a mastigação, 3,8% apresentaram algum nível de incapacidade funcional.

Tabela 3 – Saúde bucal relacionado à qualidade de vida (OHIP-14), apresentados pelo Índice de Katz.

Dimensão	Sente impacto devido a		Apresenta incapacidade (Katz C-G)		Não apresenta incapacidade (Katz A-B)	
			n	%	n	%
Limitação Funcional	Dificuldades na pronúncia	Sim	2	0,8	12	5,1
		Não	19	8,0	205	86,1
	Mudança de paladar	Sim	1	0,4	28	11,8
		Não	20	8,4	189	79,4
Dor física	Dores na boca	Sim	0	0,0	5	2,1
		Não	21	8,8	212	89,1
	Desconforto ao mastigar	Sim	9	3,8	40	16,8
		Não	12	5,0	177	74,4
Desconforto psicológico	Preocupação com os dentes	Sim	2	0,8	34	14,3
		Não	19	8,0	183	76,9
	Tensão por causa dos dentes	Sim	1	0,4	10	4,2
		Não	20	8,4	207	87,0
Incapacidade física	Alimentação prejudicada	Sim	1	0,4	11	4,6
		Não	20	8,4	206	86,6
	Interrupção de refeições	Sim	1	0,4	1	0,4
		Não	20	8,4	216	90,8
Incapacidade psicológica	Dificuldade em relaxar	Sim	0	0,0	1	0,4
		Não	21	8,8	216	90,8
	Vergonha	Sim	3	1,2	24	10,1
		Não	18	7,6	193	81,1
Incapacidade social	Irritação com os outros	Sim	0	0,0	1	0,4
		Não	21	8,8	216	90,8
	Dificuldade em AVDs	Sim	0	0,0	0	0,0
		Não	21	8,8	217	91,2
Desvantagem	Vida insatisfatória	Sim	0	0,0	4	1,7
		Não	21	8,8	213	89,5
	Capacidade de trabalho reduzida	Sim	0	0,0	1	0,4
		Não	21	8,8	216	90,8

Por meio do teste de Pearson, foram realizadas correlações entre a variável dependente “saúde bucal relacionada à qualidade de vida” e as variáveis “condições socioeconômicas” e “comorbidades e hábitos de vida”, e entre a variável dependente “capacidade funcional” e as variáveis “condição socioeconômica”, “comorbidades e hábitos de vida” e “qualidade de vida relacionada à saúde bucal”. Serão descritos os principais resultados estatisticamente significativos, com valor de $p < 0,05$ (em negrito).

Conforme a tabela 4, entre as variáveis “saúde bucal relacionada à qualidade de vida” e “condições socioeconômicas”, houve correlação inversamente proporcional entre a idade e a preocupação e tensão, dificuldade em relaxar e sentir-se envergonhado em razão dos problemas dentários, sendo que quanto mais novo o idoso maiores as ocorrências dessas questões. Considerando o sexo, as mulheres idosas apresentaram maior dificuldade durante a mastigação. Os indivíduos casados e aposentados apresentaram também maior dificuldade na mastigação.

Tabela 4 – Correlações entre saúde bucal relacionada à qualidade de vida e condições socioeconômicas

Condições Socio-econômicas	OHIP 1 Pronúncia	OHIP 2 Paladar	OHIP 3 Dor	OHIP 4 Mastigar	OHIP 5 Preocupação	OHIP 6 Tensão	OHIP 7 Alimentação	OHIP 8 Parar refeição	OHIP 9 Difícil relaxar	OHIP10 Vergonha	OHIP 11 Irritação	OHIP 12 Difícil AVD	OHIP 13 Piora da vida	OHIP 14 Difícil trabalho	OHIP Total
Idade	-0,07	-0,06	-0,05	-0,04	-0,17*	-0,16*	-0,04	-0,04	-0,19*	-0,16*	-0,06	0,00	-0,13*	-0,08	-0,16*
Sexo	0,03	0,07	0,12	0,14*	0,13	0,06	0,01	0,03	0,11	0,04	-0,05	0,00	0,04	-0,10	0,13
Raça	0,09	-0,02	0,05	0,08	-0,06	0,01	0,05	-0,09	-0,01	0,02	0,03	0,00	0,09	-0,06	0,04
Escolaridade	-0,09	-0,02	-0,09	-0,02	-0,03	0,01	0,04	0,06	0,04	-0,03	-0,05	0,00	0,08	-0,01	-0,03
Nº pessoas na casa	0,16*	0,03	-0,09	0,09	-0,01	0,05	0,09	0,06	0,03	0,07	0,03	0,00	0,13*	0,03	0,10
Nº quartos	-0,04	-0,05	-0,04	-0,09	0,00	0,11	-0,04	-0,03	0,06	-0,02	0,22*	0,00	-0,02	0,00	-0,02
Nº de bens	0,03	0,02	-0,06	0,15	-0,03	0,05	-0,06	-0,03	0,07	-0,03	0,01	0,00	0,11*	0,02	-0,03
Renda familiar	0,08	0,02	0,09	-0,05	-0,09	0,01	-0,07	-0,01	0,05	-0,06	0,12	0,00	0,01	0,03	-0,03
Estado Civil	0,07	0,02	-0,07	0,22*	-0,07	0,04	0,05	0,03	0,01	-0,08	-0,06	0,00	0,02	-0,06	0,03
Ocupação	0,01	0,12	0,09	0,16*	0,00	0,03	0,17*	0,03	0,00	0,04	0,05	0,00	0,03	-0,14*	0,12

*p<0,05

Considerando a correlação entre as variáveis “saúde bucal relacionada à qualidade de vida” e “comorbidades e hábitos de vida”, idosos diabéticos apresentaram maior dificuldade para relaxar devido a problemas dentários além da necessidade de interromper suas refeições pelo mesmo motivo. Os idosos com relato de doenças cardíacas apresentaram maior prevalência de dor na boca e dificuldades para mastigar. Idosos com hipercolesterolemia e depressão apresentaram-se tensos devido a problemas dentários conforme mostra a tabela 5.

5 Resultados

69

Tabela 5 – Correlações entre saúde bucal relacionada à qualidade de vida e comorbidades e hábitos de vida

Comorbidades e hábitos de vida	OHIP 1 Pronúncia	OHIP 2 Paladar	OHIP 3 Dor	OHIP 4 Mastigar	OHIP 5 Preocupação	OHIP 6 Tensão	OHIP 7 Alimentação	OHIP 8 Parar refeição	OHIP 9 Difícil relaxar	OHIP10 Vergonha	OHIP 11 Irritação	OHIP 12 Difícil AVD	OHIP 13 Piora da vida	OHIP 14 Difícil trabalho	OHIP Total
Hipertensão	0,01	0,03	-0,07	0,00	0,07	0,05	0,08	0,01	0,00	0,02	-0,10	-	-0,06	0,02	0,01
Diabetes	0,05	0,08	0,11	0,11	0,04	0,10	0,09	0,13*	0,13*	-0,04	0,02	-	0,00	-0,06	0,12
AVE	0,01	-0,01	-0,10	0,01	0,06	0,01	-0,07	-0,01	0,12	0,02	-0,04	-	0,13*	0,02	0,01
D. cardíaca	-0,04	-0,02	0,15*	0,22*	0,10	0,07	0,10	0,02	0,10	-0,04	-0,07	-	0,08	0,01	0,12
D. pulmão	0,06	0,00	0,04	0,18*	0,10	-0,03	0,10	0,08	0,04	0,00	-0,04	-	-0,03	-0,02	0,03
Artri./Artro./Ost.	0,01	-0,07	0,04	0,11	0,00	0,11	0,15*	0,05	0,03	-0,07	-0,02	-	0,02	0,00	0,05
Hipercolester.	0,02	0,04	0,12	-0,04	0,02	0,13*	-0,04	-0,06	0,04	-0,05	0,06	-	-0,03	-0,04	0,02
Deficiência	-0,08	0,00	0,07	0,03	0,06	-0,03	-0,06	-0,05	-0,05	-0,02	-0,04	-	-0,03	-0,02	-0,02
Parkinson	-0,05	0,03	-0,04	-0,02	-0,06	-0,04	0,06	0,07	-0,02	0,02	-0,02	-	-0,01	-0,01	-0,02
Alzheimer	-0,03	-0,03	-0,03	-0,06	-0,04	-0,03	-0,03	-0,02	-0,02	0,07	-0,01	-	-0,01	-0,02	-0,04
Câncer	0,01	-0,05	-0,02	0,06	0,05	-0,02	0,08	0,05	0,06	0,12	-0,03	-	-0,03	-0,02	0,06
Gastrite	-0,02	-0,09	0,07	0,03	-0,02	0,01	0,00	0,05	0,01	0,00	-0,03	-	-0,03	-0,02	-0,01
Tireoide	-0,14*	-0,04	0,04	0,02	-0,07	0,08	0,01	-0,02	-0,05	-0,06	0,02	-	0,01	-0,03	-0,04
Circulação	0,13	-0,02	-0,06	0,01	0,09	0,00	0,07	0,14*	-0,05	-0,03	-0,03	-	-0,03	-0,02	0,04
Depressão	-0,04	-0,05	-0,02	0,06	0,06	0,18*	-0,02	-0,02	0,06	-0,06	0,06	-	0,04	-0,02	0,02
Labirintite	-0,08	-0,03	0,01	-0,13*	-0,06	-0,03	-0,09	-0,05	-0,01	-0,02	-0,04	-	-0,03	-0,02	-0,10
Inf. urinária	-0,07	0,01	-0,06	-0,07	-0,08	-0,05	-0,06	-0,03	-0,03	-0,07	-0,02	-	-0,02	-0,01	-0,10
HIV	-0,03	0,07	-0,03	-0,06	0,05	0,12	0,04	-0,02	-0,02	-0,03	-0,01	-	-0,01	-0,01	0,01
Fumo	-0,07	-0,09	-0,07	0,01	-0,12	-0,09	-0,06	0,02	-0,04	0,08	-0,01	-	-0,05	-0,04	-0,08
Álcool	-0,06	-0,03	-0,09	0,01	-0,04	-0,01	0,08	-0,01	0,01	-0,07	-0,04	-	0,03	-0,02	-0,04

* p<0,05

A correlação entre as variáveis capacidade funcional e condições socioeconômicas mostrou resultados entre idade e dificuldade em tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, fazer transferência e manter a continência urinária, ou seja, quanto mais velho o idoso maior a ocorrência desses fatores. Quanto à raça, houve correlação inversamente proporcional, portanto, indivíduos que não pertencem a raça branca possuem mais dificuldades para tomar banho, vestir-se e ir ao banheiro. Considerando o estado civil, os idosos casados apresentaram maior tendência em manter a continência urinária como descrito na tabela 6.

Tabela 6 – Correlações entre capacidade funcional e condições socioeconômicas

Condições Socio-econômicas	Katz 1 Banho	Katz 2 Vestir	Katz 3 Banheiro	Katz 4 Transferência	Katz 5 Continência	Katz 6 Alimentação	Katz Total
Idade	0,21*	0,21*	0,20*	0,21*	0,17*	0,00	0,20*
Sexo	0,04	-0,07	0,02	-0,03	0,19*	-0,01	0,06
Raça	-0,16*	-0,15*	-0,16*	-0,12	-0,08	-0,08	-0,12
Escolaridade	0,12	0,11	0,03	0,05	-0,08	0,21*	0,03
Nº pessoas na casa	0,05	0,09	0,12	0,07	0,10	-0,02	0,08
Nº quartos	-0,02	-0,02	-0,01	-0,02	-0,07	-0,01	-0,05
Nº Bens	-0,07	-0,03	-0,04	-0,02	-0,02	-0,05	-0,05
Renda mensal	0,10	0,12	0,12	0,10	-0,03	0,00	0,08
Estado civil	0,10	0,10	0,07	0,11	0,14*	-0,05	0,10
Ocupação	-0,06	-0,04	0,00	-0,02	0,09	-0,03	0,02

*p<0,05

Conforme a tabela 7, entre as variáveis capacidade funcional e comorbidades e hábitos de vida houve correlação entre a incapacidade em tomar banho e as variáveis acidente vascular encefálico (AVE), doença de Alzheimer e fumo; incapacidade em vestir-se e as variáveis doença de Parkinson, Alzheimer, fumo e álcool; incapacidade em ir ao banheiro e a variável doença de Alzheimer; incapacidade em fazer transferência e as variáveis doenças de Parkinson e Alzheimer; incapacidade em manter a continência urinária e as doenças diabetes, doença cardíaca e Alzheimer; e por fim incapacidade em se alimentar correlacionou-se com as variáveis AVE, Alzheimer, depressão, fumo e álcool.

Tabela 7 – Correlações entre capacidade funcional, comorbidades e hábitos de vida

Comorbidades e hábitos de vida	Katz 1 Banho	Katz 2 Vestir	Katz 3 Banheiro	Katz 4 Transferência	Katz 5 Continência	Katz 6 Alimentação	Katz Total
Hipertensão	0,10	0,10	0,07	0,07	0,12	0,07	0,14*
Diabetes	0,07	0,03	0,06	0,00	0,14*	0,09	0,08
AVE	0,14*	0,13	0,07	0,03	-0,06	0,28*	0,08
Doença cardíaca	0,07	0,05	0,09	0,08	0,15*	0,01	0,12
Doença pulmão	0,10	0,04	-0,04	0,03	-0,05	0,08	0,04
Artri./Artro./Ost.	-0,01	0,01	0,01	0,06	0,06	-0,05	-0,05
Hipercolesterol.	-0,05	-0,06	-0,07	-0,12	0,09	-0,06	0,03
Deficiência	0,05	0,04	-0,04	-0,05	-0,01	-0,02	0,00
Parkinson	0,08	0,18*	-0,02	0,15*	0,09	-0,01	0,11
Alzheimer	0,28*	0,27*	0,35*	0,23*	0,17*	0,63*	0,31*
Câncer	-0,05	-0,05	-0,04	-0,04	-0,01	-0,02	-0,04
Gastrite	0,01	-0,05	-0,04	-0,04	-0,05	-0,02	-0,04
Tireoide	-0,08	-0,05	0,02	0,04	0,07	-0,04	0,03
Circulação	0,06	0,10	0,09	0,04	0,05	-0,02	0,08
Depressão	0,07	0,02	0,06	0,01	-0,02	0,16*	0,05*
Labirintite	-0,05	-0,01	-0,04	-0,05	-0,05	-0,02	-0,04
Inf. urinária	-0,03	0,04	-0,03	0,09	0,01	-0,02	0,04
HIV	-0,02	-0,02	-0,01	-0,02	-0,05	-0,01	-0,04
Fumo	0,15*	0,16*	0,11	0,12	-0,05	0,29*	0,11
Álcool	0,10	0,16*	0,08	0,12	-0,04	0,19*	0,12

*p<0,05

Considerando a correlação entre capacidade funcional e a saúde bucal relacionada a qualidade de vida, observou-se que quando há incapacidade para tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, fazer transferência e manter a continência urinária, há maior dificuldade para mastigar e há também a necessidade de interromper refeições, conforme especificado na tabela 8.

Tabela 8 – Correlações entre capacidade funcional e saúde bucal relacionada à qualidade de vida

OHIP	Katz 1 Banho	Katz 2 Vestir	Katz 3 Banheiro	Katz 4 Transferência	Katz 5 Continência	Katz 6 Alimentação	Katz Total
Pronúncia	0,09	0,05	0,10	0,04	0,10	-0,06	0,1.
Paladar	-0,04	-0,05	-0,07	-0,12	0,00	-0,03	-0,06
Dor	-0,04	-0,04	-0,09	-0,10	-0,06	-0,06	-0,07
Mastiga	0,15*	0,13*	0,19*	0,13*	0,20*	0,08	0,21*
Preocupação	-0,05	-0,07	0,04	-0,07	0,07	-0,08	-0,01
Tensão	0,03	0,01	0,02	0,00	0,03	-0,05	0,02
Alimentação	0,04	0,03	0,07	0,04	0,09	-0,03	0,08
Parar refeição	0,14*	0,19*	0,25*	0,18*	0,15*	-0,03	0,21*
Difícil relaxar	-0,07	-0,07	-0,05	-0,06	-0,10	-0,03	-0,09
Vergonha	0,07	0,02	0,03	0,05	0,07	0,00	0,10
Irritação	-0,05	-0,05	-0,04	-0,05	-0,02	-0,02	-0,04
Difícil AVD	-	-	-	-	-	-	-
Piora da vida	-0,04	-0,04	-0,03	0,02	-0,04	0,02	-0,03
Difícil trabalho	0,01	0,04	0,02	0,03	-0,05	-0,01	0,01
OHIP Total	0,06	0,02	0,06	0,01	0,11	-0,05	0,09

*p<0,05

Através da regressão linear múltipla (R^2), podemos observar que o resultado foi significativo ($p < 0,01$), demonstrando que variáveis como idade, raça, ingestão de álcool, hipertensão arterial, doença de Alzheimer, dificuldade para mastigar, necessidade de interromper refeições e dificuldade para relaxar devido a problemas de saúde bucal apresentam uma tendência em relação a capacidade funcional da amostra de idosos investigada, como especificado na tabela 9.

Tabela 9 – Regressão linear múltipla (R^2) tendo o resultado da capacidade funcional (índice de Katz) como variável dependente, e os índices condição socioeconômica, saúde bucal relacionada à qualidade de vida (OHIP-14) e comorbidades e hábitos de vida, com valor de $p < 0,20$, como variáveis independentes para a amostra total

Variáveis Independentes	B	Erro padrão B	β	t	P	R^2 ajustado	p
Constante	-0,51	0,73	-	-0,69	0,49	0,27	< 0,01
Idade	0,02*	0,01*	0,13*	2,28*	0,02*		
Sexo	0,09	0,14	0,04	0,67	0,51		
Raça	-0,11*	0,05*	-0,13*	-2,17*	0,03*		
Fumo	0,01	0,08	0,01	0,01	1,00		
Álcool	0,29*	0,13*	0,14*	2,20*	0,03*		
Nº pessoas na casa	0,07	0,04	0,11	1,68	0,09		
Nº bens	-0,04	0,02	-0,10	-1,50	0,14		
Renda mensal	0,10	0,06	0,11	1,76	0,08		
Hipertensão arterial	0,41*	0,16*	0,16*	2,60*	0,01*		
Doença cardíaca	0,25	0,19	0,08	1,30	0,19		
Parkinson	1,05	0,73	0,09	1,45	0,15		
Alzheimer	5,45*	1,03*	0,31*	5,28*	0,01*		
Dificuldade mastigar	0,13*	0,05*	0,17*	2,79*	0,01*		
Interromper refeições	0,44*	0,13*	0,20*	3,44*	0,01*		
Dificuldade relaxar	-0,32*	0,14*	-0,14*	-2,32*	0,02*		

* $p < 0,01$

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

Os idosos mais velhos apresentam maior incapacidade funcional, sendo essa associada pela raça não branca, algumas comorbidades e a dificuldade em mastigar, necessidade de parar de realizar refeições e dificuldade em relaxar por problemas de saúde bucal. Em geral, a saúde bucal relacionada à qualidade de vida mostrou maior impacto na dificuldade para mastigar, mas idosos mais jovens apresentam maior impacto negativo na saúde bucal relacionada à qualidade de vida do que idosos mais velhos, principalmente no que diz respeito aos domínios psicológicos. Quanto maior a incapacidade encontrada no idoso menor é a sua preocupação com a saúde bucal. Este é o primeiro estudo que tem como objetivo investigar a capacidade funcional e a saúde bucal relacionada à qualidade de vida utilizando os instrumentos índice de Katz e OHIP-14 em idosos que fazem parte da Estratégia Saúde da Família, destacando-se assim a significância e originalidade dos resultados obtidos.

A amostra foi composta por 238 idosos com 65 anos ou mais, com média de idade de 74,5 anos, sendo que houve predominância do sexo feminino com 55,5% da amostra total, esse achado já era esperado pois corrobora com outros estudos, que mostram a maior probabilidade de sobrevivência entre as mulheres (ASSIS et al., 2014; DAMY, 2010; SOUSA et al., 2014; FIGUEIREDO et al., 2013; FIALHO et al., 2014; SANTOS-JÚNIOS; OLIVEIRA; SILVA, 2014; STENHOLM et al., 2015). A literatura mostra que o sexo feminino é mais prevalente, principalmente no grupo de idosos, porém, apesar da maior expectativa de vida, esse grupo apresenta também maiores limitações funcionais, isso pode ocorrer devido a grande prevalência de condições incapacitantes não fatais, ou a facilidade das mulheres em relatar suas condições de saúde (ASSIS et al., 2014).

Pôde-se observar a maior prevalência da raça branca, este achado assemelha-se aos resultados encontrados no estudo de Damy (2010); Stenholm et al. (2015). A presente amostra foi coletada em bairros que fazem parte da Estratégia Saúde da Família do município de Bauru, dessa forma, são bairros considerados vulneráveis, espera-se como dito na literatura que em comunidades mais pobres haja uma maior frequência de moradores pardos e negros, devido a preconceitos e desvantagens enfrentadas por esse grupo ao longo dos anos, porém, diferente desses resultados, o presente estudo mostrou uma maior prevalência da raça

branca mesmo em território de abrangência de maior vulnerabilidade socioeconômica, igualmente aos achados encontrados no estudo de Damy (2010), que apesar de apresentar-se em uma área de exclusão social, teve predomínio da raça branca na amostra estudada, uma hipótese para essa ocorrência é a diferença entre a expectativa de vida entre as raças. A porcentagem de homens brancos com mais de 60 anos passou de 8,5% em 1995 para 11,7% em 2009, já a porcentagem de homens negros com mais de 60 anos passou de 9,9% para 10,8%, essa diferença na expectativa de vida que ainda acontece entre as raças, nada mais é do que o reflexo que ainda sofrem os indivíduos de raça negra pelo menor acesso a bens e serviço, educação, saneamento básico e a maior mortalidade por homicídios e acidentes

(PINHEIRO et al., 2006; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; 2011).

O estudo mostra que a maioria dos idosos entrevistados eram casados ou tinham uma união estável, o que vai de encontro com resultados de outras pesquisas (DAMY, 2010; FIGUEIREDO et al., 2013; SANTOS-JÚNIOR; OLIVEIRA; SILVA, 2014). Quanto a condições socioeconômicas, houve predominância de idosos com ensino fundamental incompleto, aposentados e renda mensal familiar de dois salários mínimos, resultados esses também encontrados em grande parte dos estudos pesquisados tanto com indivíduos que faziam parte da Estratégia Saúde da família quanto com os que não faziam (ASSIS et al., 2014; SOUSA et al., 2014; FIGUEIREDO et al., 2013; FIALHO et al., 2014; TRIZE et al., 2014; MACIEL; GUERRA, 2007; BARBOSA et al., 2014). Diferente dos resultados encontrados, o estudo de Stenholm et al, (2015) mostrou predominância de alto nível educacional entre os idosos participantes (ensino médio ou superior completo), essa diferença deve-se principalmente pelo estudo ter sido realizado nos Estados Unidos, país considerado desenvolvido e que consequentemente apresenta nível de escolaridade da população diferente do Brasil, sendo esse um país ainda em desenvolvimento (REBOUÇAS, 2006). Existem associações entre condições socioeconômicas e status de saúde, mostrando que indivíduos residentes em áreas de exclusão social e expostos a fatores de risco, como violência, falta de higiene e de acesso a serviços de saúde apresentam piores indicadores de saúde (MACIEL;GUERRA, 2007). A baixa escolaridade pode prejudicar o entendimento das informações relatadas pelos profissionais de saúde, o que interfere na capacidade de autocuidado e na aceitação

das intervenções (TRIZE et al., 2014), já a renda é de extrema importância para a autonomia e saúde do indivíduo, pois proporciona uma assistência mais adequada, além disso, a presença de baixa renda e baixo nível de escolaridade associam-se com o aumento de doenças, sendo assim, pode apresentar alterações diretas no desempenho funcional de idosos que vivem nessas condições (DAMY, 2010; MACIEL; GUERRA, 2007).

Quanto às comorbidades encontradas, a maior prevalência foi a da hipertensão arterial, com 75,6%, esses dados se assemelham aos encontrados nos estudos de Barbosa et al (2014); Sousa et al (2014), onde a hipertensão arterial aparece como a maior comorbidade observada na população estudada, com 51,7% e 39,9% respectivamente. As comorbidades podem comprometer a autonomia, o que leva a sérios riscos para a saúde da população idosa, favorecendo o aparecimento de incapacidades e assim, diminuindo a longevidade (TRIZE et al., 2014). Em um estudo realizado também nas áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família do município de Bauru, mostrou que os idosos que relataram mais de uma doença apresentaram duas vezes mais chances de desenvolver incapacidade funcional para atividades de vida diária e 38% mais para atividades instrumentais de vida diária (TRIZE et al., 2014).

Quanto à saúde bucal relacionada à qualidade de vida, a questão que mais apresentou impacto foi o desconforto para mastigar (20,6%), questão essa que faz parte do domínio dor física. Dentre os idosos com dificuldade na mastigação, a porcentagem que também apresentou incapacidade funcional foi de 3,8%. Um estudo realizado na Espanha, utilizando o questionário OHIP-14 na versão espanhola, com pacientes usuários de prótese total, mostrou que as questões que tiveram maior prevalência de piora na percepção de saúde bucal relacionada à qualidade de vida foram “a piora dos gostos do alimento”, “dificuldade em expressar algumas palavras” e “desconforto com dentaduras”, sendo que 15,7% dos entrevistados responderam que sentem esse tipo de desconforto ocasionalmente ou frequentemente para essas questões (PEREA et al., 2013).

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal foi avaliada através do questionário OHIP-14. Quando correlacionada às condições socioeconômicas, encontramos uma correlação inversamente proporcional com a idade e as questões referentes aos domínios desconforto psicológico e incapacidade psicológica, o que nos leva à hipótese de que quanto mais jovem o idoso maiores são suas

preocupações de ordem psicológica relacionadas à saúde bucal. Encontrou-se também correlações entre a saúde bucal relacionada à qualidade de vida e as variáveis sexo, estado civil, ocupação, número de pessoas que residem na mesma casa e número de bens. A associação entre saúde bucal e qualidade de vida é de extrema importância na percepção dos indivíduos (GABARDO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013). Aspectos como alimentação, condições socioeconômicas, peso ao nascer, condições de moradia, entre outros, influenciam na saúde bucal relacionada à qualidade de vida (GABARDO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013). Estudos mostram que, as condições sociais mais associadas à saúde bucal relacionada a qualidade de vida são ser do sexo feminino, ter baixa escolaridade, ter baixa renda e ser imigrante ou pertencente a grupos étnicos minoritários (COHEN-CARNEIRO; SOUSA-SANTOS; REBELO, 2011; GABARDO et al., 2015; KANDELMAN; PETERSEN; UEDA, 2008; TEIXEIRA et al., 2015; SILVA DEBORA et al., 2011).

Os dados encontrados nessa pesquisa corroboram com os resultados de Bianco et al. (2010); Kotzer et al. (2012), onde observa-se também que os impactos sociais do OHIP -14 são menos intensos que os físicos e psicológicos, além disso, os resultados também mostram que com o aumento da idade o impacto diminui, ou seja, quanto mais novo, maior o impacto da saúde bucal relacionada à qualidade de vida. Resultados diferentes foram encontrados em um estudo de Gabardo, Moysés e Moysés (2013), realizado na cidade de São Leopoldo, no Rio Grande do Sul, onde os achados demonstraram que o aumento da idade trouxe maior influência na pior percepção de saúde bucal. Estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto mostrou que idosos preocupavam-se com a imagem que passavam para a sociedade, sendo essa, diretamente relacionada com a estética, o que assemelha-se com os resultados desse estudo, onde idosos mais jovens sentem vergonha pelos problemas relacionados à saúde oral, além disso, a imagem em relação a saúde bucal afeta a qualidade de vida das pessoas, dessa maneira, a aparência da boca demonstra uma melhor qualidade de vida (BULGARELLI; MANÇO, 2008).

Quanto ao estado civil, uma pesquisa realizado no Rio Grande do Sul, mostrou que idosos casados referem pior impacto da saúde bucal relacionada à qualidade de vida, o que pode ser justificado pelo fato da maior autoestima causada pela presença de um companheiro (TEIXEIRA et al., 2015). A maioria dos estudos relatam que quanto mais idoso é o indivíduo, melhor é a sua avaliação sobre saúde bucal, não havendo associação direta com seu exame clínico (BIANCO et al., 2010;

SILVA; FERNANDES; 2001). Isso pode ocorrer principalmente pelo motivo de que muitas doenças identificadas no exame não apresentam sintomas, e portanto não são percebidas pelo idoso, além do que, as medidas clínicas de saúde utilizadas pelo profissional são preditores fracos da percepção de saúde bucal dos idosos (SILVA; FERNANDES, 2001).

Observamos também a correlação entre a saúde bucal relacionada à qualidade de vida e algumas comorbidades. Apesar da longevidade estar presente nos dias atuais, o risco de desenvolver doenças crônicas como hipertensão e diabetes, aumenta com a idade (KANDELMAN; PETERSEN; UEDA, 2008). Segundo Gabardo, Moysés e Moysés (2013), as maiores prevalências de percepção ruim sobre saúde bucal relacionada à qualidade de vida foram encontradas entre indivíduos que apresentam problemas graves de saúde geral.

Algumas condições de saúde geral na pessoa idosa podem atuar como fatores preditores de prejuízo a saúde bucal, como é o caso da diabetes que pode induzir à xerostomia e boca seca (SILVA DÉBORA et al, 2011). Alguns estudos mostram a relação entre a doença periodontal e a diabetes mellitus, sendo que o risco e severidade da doença periodontal dependem do controle de glicemia do indivíduo diabético (KANDELMAN; PETERSEN; UEDA, 2008). Um estudo realizado por Huang, Chan e Young (2013), mostrou que a pobre saúde oral, o que inclui poucos dentes na boca e necessidade de cuidado odontológico imediato, está associada a pior saúde bucal relacionada à qualidade de vida de indivíduos diabéticos. Na literatura há também sugestões de que as doenças orais podem ser um fator importante na patogênese de doenças cardiovasculares e cerebrais, entretanto os mecanismos envolvidos não tem sido muito bem esclarecidos (KANDELMAN; PETERSEN; UEDA, 2008).

A doença de Alzheimer está cada vez mais sendo observada em indivíduos idosos, sendo que há um aumento da taxa de prevalência conforme o aumento da idade. A perda da memória gera a piora da saúde oral nesse indivíduo, tendo a necessidade de ajuda de terceiros para garantir uma boa higiene oral (KANDELMAN; PETERSEN; UEDA, 2008). A doença de Parkinson também é frequente entre essa população, a maioria desses idosos queixam-se de dificuldades para mastigar, sendo que grande parte deles não escovam os dentes ou limpam as dentaduras com frequência. A disfagia também é um sintoma comum entre esses pacientes, podendo causar pneumonia por aspiração, principalmente quando a

higiene oral não está sendo realizada corretamente (KANDELMAN; PETERSEN; UEDA, 2008).

A capacidade funcional dos idosos participantes foi avaliada através do índice de Katz. Do total da amostra estudada, somente 8,82% dos participantes apresentaram incapacidade funcional intermediária ou severa. A porcentagem baixa de incapacidade pode ser justificada pelo fato desse estudo ter avaliado somente as ABVD, atividades essas consideradas mais simples e portanto de alta gravidade quando o indivíduo não consegue realiza-las (MACIEL; GUERRA, 2007), esses achados corroboram com o estudo de Damy (2010), onde cerca de 70% da população estudada não apresentou dificuldades em realizar atividades básicas de vida diária, com estudo de Barbosa et al. (2014), que relatou que a frequência de incapacidade funcional encontrada em sua pesquisa foi menor que a registrada em outros estudos e com a pesquisa de Maciel e Guerra (2007), onde a prevalência de incapacidades para ABVD foi de somente 13,2%. Com a longevidade e a progressão de estudos que tem como intuito promover a qualidade de vida da população idosa, a prevalência de idosos ativos é cada vez maior (BARBOSA et al, 2014), além disso, sabe-se que idosos residentes na comunidade são mais independentes, dessa forma, apresentam um nível funcional melhor do que idosos que vivem em residência de longa permanência (MACIEL; GUERRA, 2007). A maioria dos estudos encontrados na literatura mostram uma maior prevalência de incapacidade para AIVD do que para ABVD, isso ocorre principalmente pelo fato de que a perda funcional acontece de forma hierárquica, ou seja, de funções mais complexas para as mais simples, dessa forma as AIVD exigem maior integridade física e cognitiva do idoso (BARBOSA et al., 2014). A comparação da prevalência de incapacidades entre estudos sobre capacidade funcional é uma tarefa complicada, devido principalmente pelas diferenças socioeconômicas, culturais e a metodologia utilizada, um exemplo disso é o estudo realizado por Fialho et al. (2014), onde demonstrou-se que 16,2% dos entrevistados apresentaram incapacidade para realizar ABVD, a prevalência observada nesse estudo foi maior que a encontrada nas populações brasileira e inglesa em inquéritos de saúde de abrangência nacional, segundo o estudo, esse resultado deve-se principalmente ao instrumento de mensuração utilizado, que tinha como objetivo uma maior sensibilidade na coleta de informação, sendo assim os resultados para incapacidade funcional em ABVD foram mais altos do que em pesquisas que utilizaram um critério de mensuração mais específico. Apesar disso,

estudos tem demonstrado uma maior limitação para AIVD quando comparada as ABVD, independentemente dos instrumentos utilizados (FIALHO et al., 2014).

Quanto a idade e a capacidade funcional, essa pesquisa demonstrou que idosos considerados mais velhos, ou seja, com idade a partir de 75 anos apresentaram maior prevalência de incapacidade funcional (6,7%) quando comparados aos idosos mais jovens, além disso houve correlação entre a idade e a incapacidade para algumas ABVD, ou seja, quanto mais velho o indivíduo maior a ocorrência de incapacidade, achados esses que concordam com a maioria dos estudos encontrados na literatura (ASSIS et al., 2014; DAMY, 2010; SOUSA et al., 2014; FIALHO et al., 2014; TRIZE et al., 2014; MACIEL; GUERRA, 2007). O envelhecimento causa ao organismo alterações anatômicas e funcionais que refletem no estado de saúde dos idosos, frequentemente levando à incapacidade funcional, podendo assim, contribuir para a morbimortalidade desses indivíduos (SOUSA et al., 2014). Idosos mais velhos tem mais dependências quando comparados aos idosos mais jovens, dessa maneira, a idade é considerada um fator de risco para a incapacidade funcional, devido principalmente às alterações fisiológicas e a prevalência de doenças crônicas, o que consequentemente interfere negativamente nas ABVD e AIVD (ASSIS et al., 2014; FIALHO et al., 2014; TRIZE et al., 2014). Com o aumento da prevalência de incapacidades, bem como o de doenças crônicas na população idosa, é necessário que a demanda de cuidados em saúde específica para essa população seja diferenciada em relação a demanda para outras faixas etárias, sendo assim é de extrema importância os esforços no sentido de prevenir a dependência física, detendo-a por mais tempo, gerando maior longevidade juntamente com uma boa qualidade de vida (SOUSA et al., 2014; FIALHO et al., 2014).

A capacidade funcional também mostrou correlações com algumas variáveis socioeconômicas, como sexo, raça, estado civil, e escolaridade, resultados esses semelhantes aos encontrados em outros estudos (ASSIS et al., 2014; DAMY, 2010; TRIZE et al., 2014; MACIEL; GUERRA, 2007; BARBOSA et al., 2014). Como dito anteriormente, a baixa renda juntamente com a baixa escolaridade impede que o indivíduo consiga uma boa assistência à saúde, o que consequentemente reflete em sua habilidade funcional, pois sabe-se que idosos que apresentam uma boa condição financeira, possuem melhor acesso à prevenção, tratamento e reabilitação, além disso, uma boa formação escolar pode auxiliar os indivíduos a desenvolverem

aptidões e confiança para melhorar sua adaptação, desenvolvendo assim um processo de envelhecimento saudável (ASSIS et al., 2014). Estudo feito com idosos que faziam parte da Estratégia Saúde da Família de um bairro da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, e um realizado com idosos residentes de uma área urbana em Santa Cruz, Rio Grande do Norte, mostraram que a incapacidade funcional é menor entre os idosos casados ou que vivem com um companheiro (MACIEL; GUERRA, 2007; BARBOSA et al, 2014). Ao observar o perfil dos idosos brasileiros, concluímos que a maioria da população idosa que mora sozinha é praticamente constituída por mulheres viúvas, de nível educacional baixo com muitas comorbidades e que comumente sofrem de depressão. Ao analisar esses fatores simultaneamente, presume-se que essas condições geram maiores chances de o indivíduo idoso apresentar uma dependência, por outro lado, viver sem um companheiro pode ser um incentivo à realizar atividade diárias, pela inexistência de outra pessoa para dividir as tarefas ou realiza-las. (MACIEL; GUERRA, 2007).

Em relação à capacidade funcional e comorbidades, essa pesquisa encontrou correlação entre as atividades básicas de vida diária e algumas comorbidades, o que assemelha-se a maioria dos estudos encontrados na literatura (DAMY, 2010; SOUSA et al., 2014; SANTOS-JÚNIOR; OLIVEIRA; SILVA, 2014; STENHOLM et al., 2015; TRIZE et al., 2014; MACIEL; GUERRA, 2007; BARBOSA et al., 2014). Estudos mostram uma maior dependência física entre os idosos que apresentam hipertensão arterial e diabetes, que foram as comorbidades mais relatadas dessa pesquisa, além disso, são também as principais responsáveis pelas taxas de mortalidade e hospitalização no Brasil (SOUSA et al., 2014; SANTOS-JÚNIOS; OLIVEIRA; SILVA, 2014; BARBOSA et al., 2014). Atualmente, as comorbidades frequentemente mais encontradas na população idosa são AVE, fraturas pós-quedas, insuficiências cardíacas e/ou pulmonares, diabetes mellitus e Alzheimer (SOUSA et al., 2014). A hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente nas pessoas idosas, sendo um fator de aumento dos riscos de morbidade e mortalidade nessa população (SANTOS-JÚNIOR; OLIVEIRA; SILVA, 2014). A diabetes mellitus é comum na maioria das pessoas devido principalmente a grande perda de massa magra, e o aumento da gordura visceral. O indivíduo acometido por essa comorbidade precisa assumir importantes medidas de autocuidado e de controle ao longo de sua vida, do contrário, ocorrerão efeitos negativos significativos para a sua qualidade de vida, pois infelizmente é uma doença que ainda não tem cura

(BARBOSA et al., 2014). No estudo de Barbosa et al. (2014) os resultados mostraram que o risco de apresentar dependência em ABVD é de 51 vezes entre aqueles que tiveram AVE, comparados aos que não tiveram essa doença. O AVE pode causar ou intensificar dificuldades associados com a dependência funcional, como a disfunção cognitiva, a depressão, alterações de comunicação e marcha, incontinência urinária, além disso, essa comorbidade vem sendo também apontada como a principal causa de incapacidade funcional (BARBOSA et al., 2014). O estudo de Maciel e Guerra (2007) mostrou associação entre atividades de vida diária e sintomatologia depressiva e um estudo realizado nos Estados Unidos observou que doenças associadas com a memória, AVE, doença pulmonar e artrite, sozinhas ou em combinação com outras doenças foram associadas com o alto número de dificuldade para habilidades físicas (STENHOLM et al., 2015). Os resultados observados corroboram com os achados nos EUA de que diferentes doenças podem ter um diferente impacto no funcionamento físico.

Sobre a correlação entre a capacidade funcional e a saúde bucal relacionada à qualidade de vida. Observou-se correlação entre dificuldade para mastigar (domínio “dor física”) e necessidade de parar as refeições (domínio “incapacidade física”) e incapacidade funcional. A dificuldade em mastigar alimentos e a necessidade de parar de realizar refeições pode acometer o estado nutricional dos indivíduos, esse aspecto é de extrema importância, principalmente quando trata-se de um indivíduo idoso, pois o envelhecimento submete o organismo à alterações funcionais que repercutem tanto no estado de saúde quanto na nutrição, levando muitas vezes à incapacidade funcional, podendo contribuir assim para a morbimortalidade dessa população (SOUSA et al., 2014). A desnutrição é um fator comumente ocorrente na terceira idade, tendo como consequência a diminuição da força muscular, sua causa é multifatorial, podendo estar associada a doenças crônicas não transmissíveis, deficiências, depressão, problemas de mastigação e/ou deglutição e até mesmo a falta de independência para se alimentar (SOUSA et al., 2014). A dificuldade de mastigação e deglutição podem estar associadas a doenças próprias dos dentes ou a comorbidades que afetam a musculatura da face e pescoço, como é o caso do acidente vascular encefálico (DAMY, 2010). Sabe-se também que a dificuldade de mastigação pode modificar as escolhas dos alimentos, problemas odontológicos como a perda dentária e próteses mau adaptadas, podem fazer com que o idoso estabeleça uma dieta rica em nutrientes mais pastosos e

pouco fibrosos, levando esse indivíduo a desequilíbrios nutricionais que afetam sua saúde geral, capacidade funcional e consequentemente sua qualidade de vida (BITTENCOURT; ABEGG; FONTANIVE, 2013).

Os estudos encontrados na literatura que apresentam resultados sobre capacidade funcional e saúde bucal, em sua maioria não correlacionam a qualidade de vida, mas sim somente variáveis clínicas de saúde bucal (DAL MORO, 2003; SILVA DIVIANE, 2011). Dal Moro (2003) correlacionou a habilidade de higienização bucal com a função manual, concluindo que a habilidade da função motora pode influenciar a habilidade dos idosos independentes em realizar a higiene bucal, devido a necessidade de destreza em manusear o fio dental e a escova de dentes, já Silva Diviane (2011), concluiu em seu estudo que condições de dependência em atividades de vida diária exercem pouca ou nenhuma interferência nas condições de saúde bucal clínicas dos indivíduos estudados.

Estudo realizado em Porto Alegre avaliou 720 indivíduos, sendo que o instrumento utilizado para avaliação de atividades diárias foi o Oral Impacto f Daily Performances (OIDP), com 11 atividades cotidianas de domínios físico, psicológico e social. Seus resultados mostraram que 57,8% dos participantes relataram pelo menos uma atividade de vida diária afetada por problemas bucais nos últimos seis meses, sendo que as atividades que apresentaram maior impacto foram, comer (36,8%), sorrir, dar risada e mostrar os dentes sem ficar envergonhado (30,7%) e falar claramente (19,6%) (BITTENCOURT; ABEGG; FONTANIVE, 2013). Apesar do estudo em questão também ter utilizado um instrumento que avalia atividades cotidianas, suas questões são muito diferentes do índice de Katz, instrumento utilizado nesse trabalho que teve como objetivo avaliar atividades básicas de vida diária, além disso, os dados foram correlacionados com exames clínicos de saúde bucal e não com um instrumento específico com o intuito de avaliar a saúde bucal relacionada à qualidade de vida, dessa forma, a comparação dos resultados dos estudos torna-se algo complexo e difícil de ser executado. Não foi encontrado nenhum trabalho na literatura que correlaciona as variáveis capacidade funcional e saúde bucal relacionada à qualidade de vida, utilizando os mesmos instrumentos que foram utilizados no presente estudo, por isso a dificuldade em comparação dos resultados.

Através da regressão linear multivariada, observamos que as variáveis idade, raça, hipertensão arterial, doença de Alzheimer e ingestão de álcool, e dificuldades

para mastigar, necessidade de interromper refeições e dificuldade para relaxar apresentaram tendências em relação à capacidade funcional. Observamos, que há uma relação inversamente proporcional entre a dificuldade em relaxar por conta de problemas bucais e a capacidade funcional, ou seja, quanto maior a incapacidade menor é a preocupação que o idoso apresenta em relação a sua saúde bucal.

Este estudo tem boa validade interna representando os idosos que vivem em área de cobertura da Estratégia Saúde da Família de Bauru, além disso sua validade externa pode ser considerada pois determinantes sociais importantes foram considerados, tais como o grupo etário representando idosos a partir de 65 anos e não somente um grupo fechado de anos vividos, a raça, a escolaridade, indicadores sociais como a renda, bens e o número de pessoas que vivem na residência. Apesar de não representar os indivíduos que vivem em alguma ESF no Brasil, estudo desta natureza demandaria um desenho de estudo epidemiológico observacional muito mais complexo, envolvendo cidades de diferentes regiões e tamanhos populacionais.

Outras limitações foram notadas no presente estudo, assim destacamos o desenho epidemiológico observacional do tipo transversal que não nos permite concluir uma relação de causa e efeito entre as variáveis estudadas. As comorbidades foram autorreferidas, dessa forma, podem estar subestimadas ou superestimadas, sendo o ideal a coleta destes dados por diagnóstico profissional. O estudo utilizou um instrumento que verificou somente a incapacidade funcional nas atividades básicas de vida diária, sendo que, segundo a literatura há uma maior prevalência de incapacidade para atividades instrumentais de vida diária, consideradas mais complexas, dessa forma, houve uma baixa prevalência de incapacidades encontradas na amostra estudada, quando comparada a outros estudos que avaliaram ABVD e AIVD, por outro lado, o estudo apresentou prevalência de incapacidades consideradas mais graves. Por fim, outra limitação refere-se a ausência de um instrumento que avalia o estado nutricional do idoso, que como pôde ser observado no desfecho do estudo é uma variável importante para ser estudada, podendo esta hipoteticamente de alguma forma influenciar na capacidade funcional e saúde bucal relacionada à qualidade de vida.

A incapacidade funcional aumentou com a idade e apresentou tendência de maior impacto negativo na saúde bucal relacionada à qualidade de vida dificultando a realização de refeições. Além disso, quanto mais incapacidades o idoso apresenta

menor é a sua preocupação com a saúde bucal. Dada a importância do tema são necessários novos estudos com a inclusão de instrumentos que verifiquem a condição nutricional dos idosos juntamente com as variáveis já estudadas nessa pesquisa. Além disso, é de extrema importância inserir outros desenhos epidemiológicos, como os estudos longitudinais, para que se possa identificar com mais precisão os principais fatores responsáveis pelo declínio funcional e se há relação de causa e efeito com a saúde bucal relacionada à qualidade de vida. A Estratégia Saúde da Família é uma política de saúde que combate desigualdades e promotora de saúde, dessa maneira há a necessidade de realizar novos estudos fora da área de abrangência da ESF para verificar as condições de capacidade funcional e saúde bucal relacionada à qualidade de vida dos idosos que não fazem parte dessa política (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007). São necessárias maiores ações para o cuidado odontológico e a promoção da saúde bucal em idosos mais incapazes funcionalmente, pois os mesmos parecem deixar a saúde bucal em segundo plano conforme há o aumento da incapacidade, sendo que esta é de extrema importância e influencia na saúde geral e qualidade de vida dessa população.

7 Conclusões

7 CONCLUSÕES

Somente 8,8% da população estudada apresentou incapacidade funcional intermediária e severa, com maior prevalência entre os idosos com 75 anos ou mais. A saúde bucal relacionada à qualidade de vida mostrou maior impacto em dificuldade para mastigar (20,5%), sendo que entre esses idosos 3,78% apresentaram incapacidade funcional.

- A incapacidade funcional apresentou tendência em aumentar com a idade;
- A dificuldade de mastigar e a necessidade de interromper as refeições apresentaram tendências relacionadas à incapacidade funcional. Idosos com maior incapacidade funcional se preocupam menos com a saúde bucal;
- Raças não brancas apresentaram tendências relacionadas à incapacidade funcional;
- Hipertensão arterial, doença de Alzheimer e ingestão regular de álcool apresentaram tendências relacionadas à incapacidade funcional;
- Idosos mais jovens, casados e aposentados apresentaram maior impacto negativo na saúde bucal relacionada à qualidade de vida;
- Idosos diabéticos, com doenças cardíacas, com hipercolesterolemia e com depressão, apresentaram maior impacto negativo na saúde bucal relacionada à qualidade de vida;

Referências

REFERÊNCIAS

Andrade LM, Sena ELS, Pinheiro, G M L; Meira EC, Lira LSSP. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: Uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(12):3543-52.

Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(8):3317-25.

Pilger C, Menon UM, Mathias TAF. Capacidade funcional de idosos atendidos em unidades básicas de saúde do SUS. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(6): 907-13.

Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudos de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):409-15.

Silva DA. Condição de saúde bucal e capacidade funcional em idosos [monografia]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2011.

Tiggemann CL, Dias CP, Noll M, Schoenell MCW, Kruel LFM. Envelhecimento e treinamento de potência: aspectos neuromusculares e funcionais. *Rev Educ Fis/UEM*. 2013; 24(2):295-304.

Fialho CB, Lima-Costa MF, Giacomini KC, Loyola Filho AI. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(3):599-610.

Marchon RM, Cordeiro RC, Nakano MM. Capacidade funcional: estudo prospectivo em idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010; 13(2):203-14.

Nardi EFR, Sawada NO, Santos JLF. Associação entre a capacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013;21(5):01-08.

Guimarães LHCT, Galdino DCA, Martins FLM, Abreu SR, Lima M, Vitorino DFM. Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. *Rev Neurociênc*. 2004; 12 (3):130-3.

Figueiredo CS, Assis MG, Silva SLA, Dias RC, Mancini MC. Functional and cognitive changes in community-dwelling elderly: longitudinal study. *Braz J Phys Ther.* 2013;17(3):297-306.

Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O índice de katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(2):317-25.

Lenardt MH, Carneiro NHK, Albino J, Wollig MH. Qualidade de vida de idoso fragilizado da atenção primária. *Acta Paul Enferm.* 2014;27(5):399-404.

Stival MM, Lima LR, Funghetto SS, Silva AO, Pinho DLM, Karnikowsk MGO. Factors associated with quality of life of elderly attending a health unit in the Federal District, Brazil. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17(2):395-405.

Cunha M, Santos E, Costa A, Pereira M, Varanda R, Loureiro S. Saúde Oral, Literacia e Qualidade de Vida em Idoso: revisão Sistemática da Literatura. *Revista de Enfermagem Referência* .2014; 4(1):125-34.

Oliveira BS, Delgado SE, Brescovici SM. Changes of mastication and swallowing in the process of feeding institutionalized elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014; 17(3):575-87.

Guerra MJC, Greco RM, Leite ICG, Ferreira EF, Paula MVQ. Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de trabalhadores. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(12):4777-86.

Avlund K, Holm-Pedersen-P, Schroll M. JAGS. Functional ability and oral health among older people: a longitudinal study from age 75 to 80. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49(7):954-962.

Gonçalves LHT, Silva AH, Mazo GZ, Benedetti TRB, Santos SMA, Marques S, et al. O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Cad. saúde pública.* 2010;26(9):1738-46.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 1.ed.Brasília:Ed.CONASS; 2007.

Bulgareli J, Cortelazzi KL, Ambrosano GMB, Meneghim MC, Faria ET, Mialhe FL, et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(2):383-391.

Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad Saúde Pública.2006;22(6):1171-1181.

Malta DC, Castro AM, Gosch CS, Cruz DKA, Bressan A, Nogueira JD, et al. Política nacional de promoção da saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. Epidemiol Serv Saúde.2009;18(1):79-86.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. 1.ed. Brasília: Ed. MS;2012.

Moysés SJ. Góes PSA. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal.[local desconhecido]:Artes médicas;2012.

Carneiro-Júnior N, Jesus CH, Crevelim MA. A estratégia saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. Saúde Soc..2010;19(3):709-716.

Demarzo MMP. Reorganização dos sistemas de saúde: promoção da saúde e atenção primária á saúde[internet]. São Paulo: UNASUS; 2011 [acesso em 2015 març 02]. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_3.pdf.

Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. Rev Bras Enferm. 2013;66(esp):158-164.

Santana ML, Carmagnani MI. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagem. Saúde e Soc. 2001;10(1):33-53.

Figueiredo EN. A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS [internet].São Paulo;2015[acesso em 2015 març 07]. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 1 ed. Brasília: Ed. MS;1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica.4ed.Brasília: Ed. MS;2007.

Santos DC, Ferreira JBB. O prontuário da família na perspectiva da coordenação da atenção à saúde. *Physis* (Rio J.).2012;22(3):1121-1137.

Nogueira C, Santos SAS, Cavagna VM, Braga ALS, Andrade M. Sistema de informação da atenção básica: revisão integrativa de literatura. *J Res Fundam Care*. 2014;6(1):27-37.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1451/95[internet].São Paulo;1995 [Acesso em 2015 jun 02]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. 1ed. Brasília: Ed. MS;2003.

Seidl EMF, Zannon CML. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(2):580-588.

Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev Psicol Clin*. 2007; 34(1):105-115.

World Health Organization. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998;46 (12):1569-85.

Almeida MAB, Gutierrez GL, Marques R. Qualidade de vida. São Paulo: EACH/USP;2012.

Herculano SC. Qualidade de vida e riscos ambientais. Niterói: Eduff;2000.

Giacomini CH. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas Psicol*.2004;12(1):43-50.

Irigaray TQ, Trentini CM. Qualidade de vida em idosos: a importância da dimensão subjetiva. *Estud Psicol*.2009;26(3):297-304.
Pereira EF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev Bras Educ*. 2012;26(2):241-50.

Nobre MRC. Qualidade de vida: editorial. *Arq Bras Cardiol*. 1995; 64(4):299-300.

Pizzol RJ. Indicadores objetivos e subjetivos no estudo da qualidade de vida em doença respiratória crônica [tese]. Presidente Prudente (SP): Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista;2013.

Alcarde ACB, Bittar TO, Fornazari DH, Meneghim MC, Ambrosano GMB, Pereira AC. Across-sectional study of oral health-related quality of life of Piracicaba'selderly population. Rev Odonto Ciênc. 2010;25(2):126-131.

Tesch FC, Oliveira BH, Leão A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saúde Pública. 2007;26(11):2555-2564.

Barbieri CH, Rapaport A. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes reabilitados com próteses implanto-muco-suportadas versus próteses totais convencionais. Rev Bras Cir Cabeça e Pescoço. 2009;38(2):84-87.

Coleman P. Oral health care for the frail elderly: A review of widespread problems and best practices. Geriatric Nursing. 2002;26(4):189-198.

Silva EFA, Sousa MLR. Autopercepção da saúde bucal e satisfação com a vida em mulheres idosas usuárias de prótese total. Rev Odontol Univ São Paulo. 2006;18(1):61-65.

Biazevic MGH, Michel-Crosato E, Iagher F, Pooter CE, Correa SL, Grasel CE. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil Braz Oral Res. 2004;18(1):85-91.

Gabardo MCL, Moysés ST, Moysés SJ. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(6):439-445.

McGrath C, Bedi R. A national study of the importance of oral health to life quality to inform scales of oral health related quality of life. Qual Life Res. 2004;13:813-818.

Pires CPAB, Ferraz BM, Abreu GNHM. Translation into Brazilian portuguese, cultural adaption and validation of the oral health impact profile (ohip-49). Braz Oral Res.2006;20(3):263-8.

Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2005;10(4):1015-1024.

Bastos RS. Impacto das condições de saúde bucal em relação à qualidade de vida de adolescentes escolares de 15 a 19 anos, numa dicotomia socioeconômica, no município de Bauru, São Paulo, em 2009 [tese]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2009.

Martins AMEBL, Jones KM, Souza JGS, Pordeus IA. Associação entre impactos funcionais e psicossociais das desordens bucais e qualidade de vida entre idosos. *Cienc Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3461-3478.

D'Orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(4):685-92.

Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro-Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1):103-112.

Assis VG, Marta SN, Conti MHS, Gatti MAN, Simeão SFAP, Vitta AD. Prevalência e fatores associados à capacidade funcional de idosos na Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(1):153-163.

Damy AJC. Perfil multidimensional e avaliação da capacidade funcional em idosos de baixa renda [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

Sousa KT, Mesquita LAS, Pereira LA, Azeredo CM. Baixo peso e dependência funcional em idosos institucionalizados de Uberlândia (MG), Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3513-3520.

Santos-Júnior EB, Oliveira LPAB, Silva RAR. Doenças crônicas não transmissíveis e a capacidade funcional de idosos. *J Res Fundam Care*. Online. 2014;6(2):516-524.

Stenholm S, Westerlund H, Head J, Hyde M, Kawachi I, Pentti J, et al. Comorbidity and functional trajectories from midlife to old age: the health and retirement study. *J Gerontol*. 2015;70(3):332-338.

Pinheiro L, Fontoura N, Prata AC, Soares V. Retrato das desigualdades. 2ed. Brasília: IPEA; 2006.

Instituto de pesquisa econômica aplicada. Retrato das desigualdades de gênero e raça. 4ed. Brasília: IPEA, 2011.

Trize DM, Conti MHS, Gatti MAN, Quintino NM, Simeão SFAP, Vitta AD. Fatores associados à capacidade funcional de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família. *Fisioter Pesq*. 2014;21(4):378-383.

Maciel ACC, Guerra RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(2):178-89.

Rebouças M. Indicadores de saúde dos idosos: comparação entre o Brasil e os Estados Unidos [dissertação]. Brasília (DF): Universidade Católica de Brasília; 2006.

Nakatani AYK, Silva LB, Bachion MM, Nunes DP. Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde. *Rev Eletr Enf*. 2009;11(1):144-50.

Millan-Calent JC, Tubío J, Pita-Fernandez S, Gonzalez-Abraldes I, Lorenzo T, Fernandez-Arruty, et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (ADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010;50(3):306-310.

Nunes DP, Nakatani AIK, Silveira EA, Bachion MM, Souza MR. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Cienc Saúde Coletiva*. 2010; 15(6):2887-98.

Perea C, Suárez-García M, Río JD, Torres-Lagares D, Monteiro J, Oyahue RC. Oral health-related quality of life in complete denture wearers depending on their socio-demographic background, prosthetic-related factors and clinical condition. *Med Oral Patol Oral Cri Bucal*. 2013;18(3):371-80.

Cohen-carneiro F, Souza-Santos R, Rebelo MAB. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. *Cienc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):1007-1015.

Gabardo MCL, Moysés SJ, Moysés ST, Olandoski M, Olindo MTA, Pattussi MP. Social, economic, and behavioral variables associated with oral health-related quality of life among Brazilian adults. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(5):1531-1540.

Kandelman D, Petersen PE, Ueda H. Oral health, general health and quality of life in older people. *Spec Care Dentist*. 2008;28(6):224-236.

Teixeira MFN, Martins ABM, Celeste RK, Hugo FN, Hilgert JB. Associação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em idosos. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(1):220-33.

Silva DD, Held RB, Torres SVS, Sousa MLR, Neri AL, Antunes JLF. Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009. *Rev. Saúde Pública*. 2011;45(11):1145-53.

Bianco VC, Lopes ES, Borgato MH, Silva PM, Marta SN. O impacto das condições bucais na qualidade de vida de pessoas com cinquenta ou mais anos de vida. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(4):2165-2172.

Kotzer RD, Lawrence HP, Clovis JB, Matthews DC. Oral health-related quality of life in an aging Canadian population. *Health. Qual Life Outcomes*. 2012;50(10):1-12.

Bulgarelli AF, Manço ARX. Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1165-1174.

Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev. Saúde Pública*. 2001;35(4):349-55.

Huang DL, Chan KCG, Young BA. Poor oral health and quality of life in U.S. older adults with diabetes. *J Am Geriatr. Soc*. 2013;61(10):1-12.

Bittencourt V, Abegg C, Fontanive VN. O impacto da saúde bucal nas atividades diárias de indivíduos de 50 a 74 anos em três distritos sanitários de Porto Alegre/RS.RFO. 2013;18(1):37-43.

Dal Moro RG. Capacidade funcional, função manual, higiene bucal e sua relação com a odontogeriatria [dissertação].Porto Alegre (RS): Faculdade de odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul;2003.

Anexos

ANEXO A – Índice de Katz

Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro)
☐ não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho) ☐ recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna) ☐ recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho
Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas)
☐ pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda ☐ pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos ☐ recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas)
☐ vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã) ☐ recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite ☐ não vai ao banheiro ou local equivalente para eliminações fisiológicas
Transferência
☐ deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador) ☐ deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda ☐ não sai da cama
Continência
☐ controla inteiramente a micção e a evacuação ☐ tem “acidentes” ocasionais ☐ necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente
Alimentação
☐ alimenta-se sem ajuda ☐ alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão ☐ recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de catéteres ou fluidos intravenosos

Fonte: Lino et al., 2008.

ANEXO B – Autorização Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

DETALHAR NOTIFICAÇÃO

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da condição bucal relacionada à qualidade de vida de idosos.

Pesquisador Responsável: Roosevelt da Silva Bastos

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 37043414.2.0000.5417

Submetido em: 08/06/2015

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo

Situação da Versão do Projeto: Parecer Consubstanciado Emitido

Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável

Patrocinador Principal: MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Parcial

Detalhe:

Justificativa: Encaminhamos ofício e relatório parcial da pesquisa com objetivo de reunir a documentação necessária para depósito de dissertação de mestrado. Documentos assinados do TCLE serão entregues no CEP-FOB-USP com cópia em pdf.

Data do Envio: 30/09/2015

Situação da Notificação: Em relatório

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

▾ ☐ Versão em Tramitação (E3) - Versão 5

▾ ☐ Emenda (E3) - Versão 5

▾ ☐ Documentos do Projeto

☐ Declaração de Instituição e Infraestrutura

☐ Folha de Rosto - Submissão 1

☐ Outros - Submissão 1

☐ Projeto Detalhado / Brochura Investigação

☐ TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa

▸ ☐ Versão Atual Aprovada (E2) - Versão 4

▸ ☐ Projeto Completo

Tipo de Documento

Situação

Arquivo

Postagem

Ações

Maristela
Maristela Petenucci Ferrari
Secretaria de Comissões
FOB/USP - DRT - 43052
7/10/15

HISTÓRICO DE TRÂMITES

ANEXO C – Questionário Socioeconômico

Nome : _____ Nascimento: __/__/____. Idade: _____ anos.				
Raça/cor: (1) Amarelo (2) Branco (3) Indígena (4) Negro (5) Pardo Sexo: (1) Masc (2) Fem				
Endereço: _____ nº: _____ Compl.: _____				
Telefone: () _____ - _____ Cel: () _____ - _____				
Cidade	Identificação	Região	Unidade de Saúde	Domicílio
Bauru		C N S L O		
Possui domicílio no local desde: / /				
Escolaridade: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> () Analfabeto () Fundamental completo () Fundamental incompleto </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> () Ensino médio Completo () Ensino Médio incompleto </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> () Ensino superior completo () Ensino superior incompleto </div>				
Caracterização socioeconômica				
1 – Quantas pessoas, incluindo o sr(a), residem nesta casa? (99 se não sabe)				
2 – Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores neste domicílio? (99 se não sabe)				
3 – Quantos bens tem em sua residência? Considerar: televisão, geladeira, aparelho de som, micro-ondas, telefone fixo, telefone celular, máquina de lavar roupa, máquina de lavar louça, computador e número de carros. (99 se não sabe)				
4 – No mês passado, quanto receberam, em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos? até 250; 2-de 251 a 500; 3-de 501 a 1500; 4-de 1501 a 2500; 5-de 2501 a 4500; 6 – de 4501 a 9500; 7- mais de 9500; 9 – não respondeu.				
5 – Até que série o sr(a) estudou? Converter em anos de estudo (99 não sabe).				
6 – Qual seu estado civil? 1- solteiro; 2-casado; 3-viúvo; 4- divorciado				
7 – Qual a sua ocupação? 1- trabalha; 2- aposentado; 3-aposentado e trabalha.				
8 – Comorbidades Referidas:				
9 – Fumo () Sim () Não				
10 – Álcool () Sim () Não				

ANEXO D – TCLE

Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru

DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA, ORTODONTIA E SAÚDE COLETIVA
Área Departamental de Saúde Coletiva

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor(a) está convidado a participar durante o ano de 2014 e 2015 da pesquisa **Avaliação da condição bucal relacionada à qualidade de vida de idosos**. As pesquisas são importantes para conhecer algumas necessidades em saúde que as pessoas podem apresentar e assim poderemos propor algumas mudanças para melhorar algumas condições a que vivemos. O objetivo desta pesquisa é de obter o conhecimento sobre a condição bucal de idosos, aspectos relacionados a qualidade de vida e acesso ao serviço público. Solicitamos que permita a realização de um exame bucal e o preenchimento de questionários sobre estes assuntos. A pesquisa será realizada nas unidades de saúde pública de Bauru ou em sua residência. Durante o exame serão utilizados materiais esterilizados e/ou descartáveis e serão seguidas todas as normas de limpeza e higiene profissional. Esta pesquisa pode apresentar desconforto, por esta razão o exame será o mais breve e confortável possível, com duração total entre o exame e a resposta das perguntas de apenas 20 minutos. Caso seja detectado alguma necessidade de atendimento clínico profissional, será realizado o encaminhamento para o setor de triagem ou de urgência da FOB-USP, onde o senhor(a) seguirá o agendamento apresentado pelo setor correspondente. O senhor(a) tem plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma, ou seja será respeitado sua vontade mesmo em face desta autorização assinada. Nunca será divulgado o seu nome, pois os dados pessoais coletados estarão sempre sob sigilo. O senhor(a) não terá despesas para a participação nessa pesquisa, portanto não haverá necessidade de qualquer tipo de ressarcimento. Caso ocorra algum dano em decorrência desta pesquisa será assegurada o direito a indenização. Todos os participantes receberão uma via desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP).

Respeitosamente pedimos a sua autorização e contamos com esta importante participação!

O responsável por esta pesquisa é o Prof. Dr. Roosevelt S Bastos, Professor Doutor do Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva da FOB-USP. Estamos a sua disposição para qualquer esclarecimento de dúvidas sobre sua participação por meio do endereço Av. Dr. Octávio Pinheiro Brisola 9-75, Vila Universitária, Bauru/ SP ou pelo telefone (14) 3235-8256, e-mail: rtbastos@fob.usp.br. Para denúncias e/ou reclamações entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa-FOB/USP, à Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75, Vila Universitária, Bauru/SP (no horário das 13h30 às 17 horas, em dias úteis) ou pelo telefone (14)3235-8356, e-mail: cep@fob.usp.br.

Unidade de Saúde: _____

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, DECLARA e FIRMA seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO autorizando sua participação na pesquisa proposta. Fica claro que o participante da pesquisa, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 9º do Código de Ética Odontológica). Por fim, como pesquisador(a) responsável pela pesquisa, DECLARO o cumprimento do disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, contidos nos itens IV.3, item IV.5.a e na íntegra com a resolução CNS nº 466 de dezembro de 2012.

Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias igualmente válidas (uma via para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término, conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 2012, itens IV.3.f e IV.5.d.

Bauru, SP, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do participante ou seu responsável legal

Prof Dr Roosevelt S Bastos

O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, organizado e criado pela FOB-USP, em 29/06/98 (Portaria GD/0698/FOB), previsto no item VII da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (publicada no DOU de 13/06/2013), é um Colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.