

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS -
USO DE PRÓTESE DENTÁRIA
EM MACEIÓ-ALAGOAS-BRASIL ***

**QUALITY OF ELDERLY PEOPLE -
DENTAL PROSTHESIS USE
IN MACEIÓ, ALAGOAS, BRAZIL**

Lisiana Carla TENÓRIO DE AMORIM **
Clóvis MARZOLA ***

* Dissertação apresentada ao Centro de Pós-Graduação / C.P.O. São Leopoldo Mandic para obtenção do grau de Mestre em Odontologia. Área de Concentração: Saúde Coletiva e da Família. Orientadora do trabalho: Profa. Arlete Maria Gomes-Oliveira. Trabalho apresentado na Revista de Odontologia em Homenagem aos 60 anos de magistério do Prof. Dr. Clóvis Marzola.

** Mestre em Odontologia Social pela Faculdade São Leopoldo Mandic.

*** Professor Titular de Cirurgia Aposentado da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo. Membro Titular Fundador do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia BMF. Membro Titular e Presidente da Academia Tiradentes de Odontologia. Conselheiro da Câmara Brasileira de Cultura e da Academia de Artes e Ciências da CBC. Membro Titular da Academia Brasileira de Odontologia. Doutor, Livre-Docente, Professor Associado e Professor Titular pela USP. Editor da Revista de Odontologia da ATO. Membro Titular da Academia Brasileira de Odontologia. Membro Honorário das Academias Mineira de Odontologia e Brasileira Militar de Odontologia. Membro da Câmara Técnica de Cirurgia e Traumatologia BMF do CROSP. Troféu "TADASHI TAMAKI" de Personalidade Científica do ano pela ATO em 2015. Membro titular e Primeiro Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Dentistas Escritores.

RESUMO

Pesquisa objetivou analisar impacto do uso de prótese dental na qualidade de vida de idosos residentes em instituições de longa permanência em Maceió - Alagoas, Brasil. Estudo epidemiológico, observacional, transversal realizou amostragem em 176 idosos institucionalizados com idades de 60 anos ou mais, ambos gêneros, mesma classe social, independentes ou parcialmente. Foram selecionados aleatoriamente em três instituições asilares com mesmas características mistas e filantrópicas e, todos anuíram com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para coleta de dados, foram utilizados como instrumentos de pesquisa Indicadores Subjetivos, como questionário sócio demográfico, de auto avaliação da saúde bucal e, qualidade de vida (IODD). Instrumentos para avaliação clínica, com uso e necessidade de prótese, seguindo-se metodologia. Exames clínicos e aplicação dos questionários foram realizados pela pesquisadora, devidamente treinada e calibrada para levantamento dos dados. Dados agrupados foram realizados e inseridos em planilha para análise conjunta sendo utilizada análise descritiva e bivariada, com testes de Qui-quadrado, Exato de Fisher e Odds ratio. Variáveis com $p < 0,20$ foram testadas na análise de regressão logística múltipla, permanecendo no modelo, aquelas com $p < 0,05$. Média de idade dos participantes foi 70,2 anos ($dp = 6,2$), com idade mínima de 60 e, máxima de 85 anos. Índice total de impacto da saúde bucal nas atividades diárias (IODD) variou de zero a 92, sendo que 23,3% ($n=24$) apresentavam ausência de impacto da saúde bucal nas atividades diárias (IODD=0), 25% (primeiro quartil) apresentavam $IODD \leq 2$, 50% (mediana) $IODD \leq 15$ e, 75% (terceiro quartil) $IODD \leq 40$. Não houve associação significativa entre IODD e variáveis sócio demográficas, além de comportamentais ($p > 0,5$). Resultados apresentaram associação significativa entre auto avaliação da saúde bucal e, IODD ($p < 0,05$) e, todos idosos que consideravam sua saúde bucal regular, ruim ou péssima, apresentaram impacto nas atividades diárias. Aqueles que afirmavam ter problemas nos dentes e gengivas, também, apresentaram impacto nas atividades diárias (IODD > 0). Necessidade de prótese apresentava-se como alto impacto na qualidade de vida do idoso ($p < 0,05$), concluindo-se que alta taxa de edentulismo, necessidade de prótese e, condições inadequadas das próteses poderiam impactar na qualidade de vida do idoso.

Unitermos - Idosos; Saúde Bucal; Qualidade de vida; Auto avaliação da saúde.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the impact of using dental quality of life of elderly people living in long-stay institutions in *Maceio - Alagoas, Brazil*. Epidemiologic, observational, cross-sectional study. The sample consisted of 176 institutionalized elderlies aged 60 years or more, both genders, the same social class, independent or partially dependent according (Katz, 1963), selected randomly in three asylums with the same characteristics mixed and philanthropic. The study included individuals who detected with the Consent and Informed and who met the sample selection criteria. For data collection were used as research tools Subjective Indicators: sociodemographic questionnaire, questionnaire of self-evaluation of oral health and quality of life (IODD). The instruments for clinical evaluation for the use and need of prostheses, followed the methodology (Colussi, 2004). Clinical tests and the questionnaires were carried out by the researcher, properly trained and calibrated to the survey data. After collection, the data were grouped and placed in sheet for the joint analysis of the normative and subjective data. We used descriptive analysis and bivariate analysis with chi-square test, Fisher's exact and ODSs ratio. Variables with $p < 0.20$. They were tested in multiple logistic regression analysis, remaining in the model, those with $p < 0.05$. The media of the participants was 70.2 years (SD = 6.2), minimum age 60 and maximum of 85 years. The total index of impact of oral health on daily activities (IODD) ranged from zero to 92 in the sample, and 23.3% (n = 24) had no impact of oral health on daily activities (IODD = 0), 25 % (first quartile) had $\text{IODD} \leq 2$, 50% (median) $\text{IODD} \leq 15$ and 75% (third quartile) $\text{IODD} \leq 40$. There was no significant association between IODD and variables demographic and behavioral partner ($p > 0.5$). The results showed a significant association between self-assessment of oral health and IODD ($p < 0.05$), all seniors who consider their regular oral health, bad or terrible had impact on daily activities, and those who say they have problems in teeth and gums also had impact on daily activities ($\text{IODD} > 0$). Require prosthesis presents itself as a high impact on the quality of life of the elderly ($p < 0.05$). It follows that the high rate of tooth loss, the need for prostheses and inadequate conditions of prostheses can impact the quality of life of the elderly.

Uniterms – Elderly; Oral Health; Life Quality; Self-rated health.

INTRODUÇÃO

Expectativa de vida da população brasileira tem aumentado significativamente nos últimos anos, evidenciando importância no preparo da população adulta para envelhecimento saudável (**MARTINS; MACHADO; FONSECA et al., 2009 e CAMARANO, 2010**). Mudança do perfil da população mundial é representada pela pirâmide populacional que, em tempos outrora, era composta majoritariamente por jovens, mas, atualmente, tem apresentado alteração em sua base em virtude do aumento, importante e sempre crescente, da maravilhosa população idosa. Fatores como avanço da medicina e biotecnologia, bem como decréscimo nas taxas de natalidade e, mortalidade têm sido frequentemente relacionados com maior expectativa de vida maravilhosa (**ASSIS, 2004**).

Brasil tem hoje, cerca de 20,6 milhões de idosos, representando cerca de 10,8% da população total. Este número deverá aumentar em 2060 para 58,4 milhões de idosos, configurando crescimento maior de 100%, neste grupo populacional, se comparado com números atuais (**IPEA, 2014**).

Aumento considerável de idosos, tanto em países ricos como naqueles em vias de desenvolvimento, causa alterações sócio demográficas significativas, constituindo grande desafio para desenvolvimento de políticas públicas, consubstanciadoras do envelhecimento saudável adscrito à qualidade de vida. Torna, assim, imperiosa criação e implementação destas políticas, especialmente no Brasil, cuja faceta epidemiológica da população se traduz por miscelânea de problemas de saúde, próprios de países em desenvolvimento e, agravos crônicos característicos de países desenvolvidos (**MARTINS; MACHADO; FONSECA et al., 2009 e BRASIL, 2010**).

Embora país apresente elevada "expectativa de vida", principalmente saudável, diminuiu, inferindo decréscimo da sua qualidade de vida, tornando mais vulneráveis às morbidades e, conseqüente aumento da prevalência de doenças crônicas e, limitações funcionais. Este fato implicará na necessidade de adequações de políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e, assistência social (**NEWTON, 2008**).

Proteção, recuperação e reabilitação da saúde constituem base das políticas nacionais e internacionais para envelhecimento saudável (**BRASIL, 1999 e WHO, 2005**).

ILPIs de caráter governamental ou não, surgem como medida de proteção social para sua assistência, não conseguindo prover subsistência condigna, ou ainda cuja família não disponha de condições para exercer papel de cuidadora (**MELO; KUBRUSLY; PEIXOTO-JR, 2011**). ILPIs devem assistir

idosos, dispensando cuidados geronto-geriátricos, assegurando atenção integral à saúde e, conseqüente melhoria da sua qualidade de vida **(BRASIL, 2006)**.

Falta de cuidado com saúde bucal dos idosos institucionalizados é realidade, fato intensificado devido falta de normas específicas para esta prática **(CHALMERS, 1999; MELLO, 2005 e MARUCH; FERREIRA; VARGAS et al., 2009)**.

Pesquisas sobre idosos residentes em ILPs têm denotado que acesso deste grupo etário aos tratamentos odontológicos é muito reduzido e, desencadeador do aumento da prevalência das morbidades bucais. Quando não tratadas, impactam na condição geral de saúde e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos idosos asilados **(SILVEIRA-NETO; LUFT; TRENTIN et al., 2007)**.

Apesar de variados estudos demonstrarem que saúde bucal de idosos é deficitária, envelhecimento, sob perspectiva fisiológica, não é fato gerador de condições morfofuncionais e, distúrbios bucais incapacitantes. Processo de senescência, por si, não é causador de problemas orais significativos para idosos. Precariedade da saúde bucal, transcende biologicismo, perpassando por questões psicológicas, sociais, econômicas e culturais, variando de pessoa para pessoa e, de acordo com qualidade de vida das diversas comunidades **(COLUSSI; FREITAS; CALVO, 2004; KURIHARA; NEVES; KITAYAMA et al., 2013 e MACHADO; COSTA; PONTES et al., 2013)**.

Dentre estudos aludidos acerca da deficiente saúde bucal dos idosos **(MENEZES-SILVA; OLIVEIRA; BISCARO et al., 2016)**, mister se faz destacar aquele referente à população idosa na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal **(SB BRASIL, 2010)**, denotando, de forma análoga aos resultados encontrados na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2003. Aqui, idosos apresentam situação de saúde bucal precária, com alto grau de edentulismo, fato comprovador que, no interregno dos dois últimos levantamentos, nada melhorou **(BRASIL, 2010)**.

Variados estudos epidemiológicos têm indicado cárie dental como sendo das principais causas da perda dental nos idosos, motivo pelo qual boa parte destas pessoas ou são usuárias de próteses dentárias ou, ainda, têm esta necessidade de uso indicada por exame clínico **(RONCALLI, 2006; MARZOLA, 2008; BRASIL, 2010; KURIHARA; NEVES; KITAYAMA et al., 2013; MACHADO; COSTA; PONTES et al., 2013 e AGOSTINHO; CAMPOS; SILVEIRA, 2015)**. Apesar do aumento do número de pesquisas geronto-geriátricas, inclusive no âmbito odontológico, tais produções não têm incorporado com frequência suas dimensões sociais e comportamentais, além de influências no processo saúde/doença deste grupo populacional **(RONCALLI, 2006)**.

Pesquisas não abordam complexidade da subjetividade dos sujeitos, culminando por influenciar criação de modelo de vida pautada em proibições e,

regras gerais que não atentam para necessidades coletivas e individuais, mais significativas para cada pessoa ou população (**MOREIRA; NICO; TOMITA, 2011**). Elementos subjetivos, modo como cada indivíduo percebe sua condição de saúde ou doença, produzem variadas influências na dinâmica do processo saúde/doença e, verificação das condições de saúde ou adoecimento das populações. Deve ser realizada por intermédio da análise conjunta destes elementos subjetivos com aspectos clínicos dos sujeitos pesquisados, propiciando visão holística do paciente e, da população estudados (**MACHADO; COSTA; PONTES et al., 2013 e NICO; ANDRADE; MALTA et al., 2016**).

Compreensão sobre auto percepção de saúde bucal do paciente associada à avaliação de sua condição clínica permite orientar planejamento de ações de saúde oral e, tratamento bucal. Assim, racionaliza, oportunamente, recursos humanos, financeiros, condutas clínicas e técnicas assecuratórias de maior efetividade e eficiência na prestação do serviço odontológico, de modo atender anseios do indivíduo. Ademais, uso dos instrumentos de pesquisa subjetivos possibilita, ao profissional de saúde, conhecimento mais acurado do universo cultural e, realidade do paciente. Propicia, assim, criação de laços e fortalecimento do vínculo de confiança entre profissional e, usuário do serviço de saúde. Estimula, no paciente-consumidor, enraizamento das noções de autocuidado, melhoria da autoestima e, mudança de hábitos viciosos (**ESMERIZ; MENEHIM; AMBROSANO, 2012 e MACHADO; COSTA; PONTES et al., 2013**).

Conhecer indivíduo que tem doença é tão importante quanto conhecer sua doença. Compreender como cada pessoa percebe seu próprio processo de saúde/doença em conjunto com real necessidade clínica do paciente, constitui condição imprescindível para planejar, viabilizar e dispensar, ao indivíduo e à comunidade, melhor e, mais adequado tratamento. Tudo em consonância com seus anseios e, carências clínicas mais prementes (**SHEIHAM; TSAKOS, 2007 e NICO; ANDRADE; MALTA et al., 2016**).

Surgem necessidade de pesquisas que avaliam e identificam condições entendidas pelas pessoas como problemas de saúde e, impactos nas vidas dos grupos populacionais estudados (**ESMERIZ; MENEHIM; AMBROSANO, 2012 e MACHADO; COSTA; PONTES et al., 2013**). Métodos são avaliados devendo-se levar em consideração auto percepção da saúde bucal e, qualidade de vida que, conjugadas às respostas normativas, possam estimar real necessidade de seu tratamento. Analisa necessidades da saúde bucal utilizando ferramentas normativas de avaliação clínica e comportamental, além da qualidade de vida (**DALY et al., 2010; ESMERIZ; MENEHIM; AMBROSANO, 2012; MACHADO; COSTA; PONTES et al., 2013 e NICO; ANDRADE; MALTA et al., 2016**).

Qualidade de vida, entendida como bem-estar pessoal, impacta na capacidade funcional dos idosos e, prevenção de doenças (NEWTON, 2008). Na intrínseca relação entre saúde e qualidade de vida, preservação da saúde bucal assume fundamental importância para manutenção da saúde sistêmica dos idosos. Tudo, em razão do edentulismo, presença de próteses dentárias mal adaptadas ou ausência, alimentando-se com elementos macios e, geralmente, de valor nutricional reduzido (MARTINS; BARRETO; PORDEUS, 2008 e MENDONÇA; CIMÕES; ARAÚJO *et al.*, 2010).

Relativamente às necessidades do uso de próteses em idosos, embora existam muitos estudos tratando exclusivamente dos critérios normativos ou subjetivos, poucos buscam avaliar conjuntamente fatores relacionados à necessidade percebida, critério subjetivo e, necessidade clínica/objetiva (MACHADO; COSTA; PONTES *et al.*, 2013).

Objetivou-se neste estudo analisar impacto do uso de prótese dental na qualidade de vida de idosos institucionalizados pela avaliação conjunta da necessidade percebida com necessidade clínica, buscando, auxiliar nas discussões e, construção de lastro teórico. Evidências ajudam nortear tomadas de decisões vindo determinar melhor tratamento bucal para estas pessoas, atendendo suas reais necessidades de saúde, de forma impactar positivamente em sua autoestima, com benefícios na qualidade de vida.

REVISTA DA LITERATURA

Processo de envelhecimento, velhice e velho - Confusão semântica.

"Somos sempre o jovem ou o velho em relação a alguém."

(PIERRE BOURDIEU)

Envelhecer, é processo dinâmico da vida, caracterizando-se por mudanças contínuas do corpo humano ao longo do tempo. Não é processo "natural", constituindo, portanto, fase "normal" da vida, composta por ciclos como nascimento, crescimento, amadurecimento, envelhecimento e, morte. Estes ciclos, por sua vez, podem ser influenciados pelo caráter biológico, psicológico, social, econômico, histórico e, cultural de um país ou determinada região (MINAYO; COIMBRA JÚNIOR, 2011). Idosa é pessoa com 65 anos ou mais e, nas leis brasileiras, é indivíduo com mais de 60 anos. Para efeitos de determinadas ações governamentais e, consideradas diferenças regionais, são idosos, brasileiros com menos de 60 anos, apresentando envelhecimento (SOUZA, 1996).

Embora existam diversas formas e perspectivas de vivenciar, estudar e entender processo de envelhecimento e velhice como fase, em tese, finalística da vida, envelhecimento é comumente analisado, na espécie humana,

sob signo da ação da cultura, que conduz à "velhice" para além do biológico pela ação direta do "habitus" de um povo. É este "habitat" que determina velhice de uma nação, desnaturalizando processo de senescência (MINAYO; COIMBRA JÚNIOR, 2011).

Para muito além das ciências da saúde, envelhecimento é objeto de estudo das ciências humanas, econômicas, jurídicas e, sociais. Fenomenologia do envelhecimento passou receber das ciências atenção especial após revoluções industrial e comercial, quando da necessidade da investigação de mercado em virtude da instauração dos sistemas de produção e consumo. Dogmas teológicos e, ideologias morais do humanismo religioso foram rompidos pela manipulação anatômica ou domínio dos corpos vivos. Vida humana passou ser manipulada em face da frenética busca do rejuvenescimento (DEBERT, 2000 e LINS DE BARROS, 2000).

Velhice e morte, sob égide do medo, eram aceitas e entendidas no passado como vontade meramente divina. Com referidas revoluções industrial e comercial, por intermédio do advento evolução científica e tecnológica, medo foi paulatinamente transformado em negação da morte e velhice, para afastá-las ou adiar-las maior tempo possível. São feitos grandes investimentos no estudo dos fenômenos levando ao envelhecimento e, assim, saber envelhecer é, também, saber rejuvenescer. Rejuvenescimento se transformou em norte mercadológico principal para orientar processo de envelhecimento, enquanto resistência e recusa da velhice (LINS DE BARROS, 2000 e MINAYO; COIMBRA JÚNIOR, 2011).

Distinção mais comum entre velhice e envelhecimento se assenta sob ponto de vista cronológico, pelo qual velhice seria estágio final do envelhecimento, critério cronológico concentrando-se no conceito de velhice ou de idoso (PINHEIRO-JÚNIOR, 2005).

Afirma-se que processo de envelhecimento se inicia na vida intra-uterina, tendo ocaso na morte, iniciando-se no útero e, terminando no túmulo. Ciências concebem envelhecimento como conjunto de fenômenos causadores do enfraquecimento da vitalidade que aconteceria em momento da vida humana, quando surgissem sintomas da perda da vitalidade. Final seria caracterizado com chegada da velhice, conceituando-se envelhecimento como processo ocorrendo no decurso da vida do homem, com início marcado pelo nascimento e, término, com a morte (DEBERT, 1998 e MINAYO; COIMBRA-JÚNIOR, 2011).

Expectativa de vida ao nascer e qualidade que nações propiciam aos cidadãos, discutiu-se na 1ª Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento da População. ONU emitiu resolução 39/125 de 1982, sendo idoso, em países desenvolvidos, pessoas com 65 anos ou mais, contudo, em países em desenvolvimento, são pessoas com 60 anos ou mais (SOUZA, 1996).

Institucionalização e saúde do idoso como política pública - Direito personalíssimo.

Processo de envelhecimento populacional em países desenvolvidos ocorreu em contexto sócio econômico favorável, assegurando medidas protetivas factíveis a este grupo. No entanto, países em desenvolvimento, como no caso brasileiro, envelhecimento da sociedade ocorre de forma acelerada e, em meio à conjuntura sócio econômica nacional adversa (**BRASIL, 2007; MARTINS; MACHADO; FONSECA et al., 2009 e CAMARANO, 2010**).

Saúde bucal das pessoas idosas é condição *sine qua non* para envelhecimento com boa qualidade de vida. Assim, idosos em condição de vulnerabilidade social e econômica podem apresentar-se com maior propensão ao desenvolvimento de morbidades. Problemas bucais mais prevalentes nas pessoas idosas são cáries e doença periodontal, corroboradoras das exodontias neste grupo populacional (**MARZOLA, 2008 e MAIA, 2010**).

No Brasil, população idosa está crescendo substancialmente, ocasionando aumento da necessidade de instituições de longa permanência para este grupo. Prevalência de morbidades crônicas e, limitações funcionais, têm tornado imperiosa readequação da prestação de serviços de atenção à saúde, sobretudo de instituições de longa permanência (ILPI) (**CARVALHO, 2014**). ILPIs são instituições de caráter residencial, governamental ou não, para prover moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior aos 60 anos e, ainda, com ou sem suporte familiar (**BRASIL, 2007**). Dentre causas estão viuvez, aposentadoria, aumento de gastos com própria subsistência, condição de miserabilidade, abandono além de, sequelas das doenças crônicas não transmissíveis. Decorrência de condições financeiras precárias e, indisponibilidade de quem possa assumir papel de cuidador entre familiares, acabam por serem institucionalizados (**SOUZA, 2013**).

Cumprе ressaltar que com Lei nº 8.742 de 1993 (Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS), pessoas idosas e portadoras de deficiência que comprovem não ter condições de subsistência e, apresentando incapacidade para trabalho, têm direito perceber salário-mínimo mensal, para assegurar sua inclusão social (**BRASIL, 2007**). Esta política não tem se apresentado eficaz, pois aqueles que se encontram abaixo da linha de pobreza, em condição de miserabilidade, não têm suas necessidades básicas mais prementes atendidas. Ressalta-se que salário-mínimo não é suficiente para assegurar e garantir provimento de necessidades essenciais à manutenção de vida digna (**BRASIL, 2010**). Ante dificuldades sócio econômicas que enfrentam, população idosa institucionalizada está caracterizada por apresentar acesso limitado à assistência à saúde, incluindo bucal, fato consubstanciado do aumento dos

agravos bucais, refletindo negativamente na sua qualidade de vida (**SILVEIRA-NETO; LUFT; TRENTIN et al., 2007**).

Considerada triunfo, longevidade não é uniforme, apresentando diferenças entre países desenvolvidos e, em desenvolvimento. Naqueles, envelhecimento defluiu das melhorias nas condições gerais de vida da população e, nestes, processo de envelhecimento acontece de modo rápido e desordenado, sem tempo para reorganização social e da saúde adequada e, ainda, com vistas atender às novas demandas de origem (**CAMARANO, 2010 e BRASIL, 2007**).

Envelhecer condigno traz integralidade da saúde como elemento intrínseco e decisivo à implantação e, implementação de políticas públicas garantidoras da integralidade do bem-estar dos idosos (**BRASIL, 2007; BRASIL, 2010**). Neste sentido, é função das políticas de saúde contribuir para envelhecimento ativo e saudável, em que mais pessoas alcancem idades avançadas, com melhor estado de saúde possível. Se considerar-se saúde de forma ampliada, torna-se imperiosa mudança no ambiente social e cultural, tornando-o mais favorável para população de idosos. Maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que possam viver com máxima qualidade de vida possível, apesar das limitações próprias da senilidade ou do envelhecimento (**BRASIL, 2007 e HAIKAL; PAULA; MARTINS et al., 2011**).

Direito à vida e saúde constituem respectivamente direito fundamental e social, personalíssimo do ser humano. Noutra norte, efetivação do princípio da dignidade humana das pessoas idosas ocorre em face da garantia fática, dentre outros direitos à saúde. Sobretudo porque imbricado processo de senescência está intimamente ligado à qualidade de vida que, por sua vez, traz intrinsecamente em seu bojo preservação da saúde como mantenedora da autonomia física, mental e, até mesmo econômica do indivíduo idoso (**ROSTELATO, 2011**).

Atenção Básica em Saúde (AB), também, denominada de Atenção Primária em Saúde (APS), é considerada porta de entrada para acesso aos serviços do SUS. Partindo da premissa que acolherá usuários e grupos de maior vulnerabilidade, sem perder caráter universal, equitativo e integral da assistência desenvolvida com mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo do cotidiano da população a ser assistida e atendida (**BRASIL, 2007 e BRASIL, 2010**). Magnanimidade aos postulados preconizados pelo SUS, atenção à saúde continuou deficitária e incipiente e, estrutura piramidal da população continuava sofrendo alterações em face da diminuição das taxas de mortalidade e natalidade (**MAIA, 2010**).

Dezembro de 1999 portaria ministerial da saúde de nº 1395 criou *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)*, sendo reformulada pela portaria 2.528 de outubro de 2006 para se adequar aos pressupostos teóricos

do SUS. Assim, PNSPI apregoa necessidade do envelhecimento saudável, da assistência à saúde dos idosos e, sua reabilitação funcional, além do fomento à ampliação de estudos e pesquisas referentes ao processo de senescência (MAIA, 2010). Com intuito específico de ratificar e reforçar garantias colacionadas e propaladas no ordenamento jurídico brasileiro, em 2003 foi criado *Estatuto do Idoso*, mais uma normatização em defesa da pessoa idosa e, sua assistência à saúde (BRASIL, 2003 e MAIA, 2010).

No âmbito do Ministério da Saúde, tutela aos direitos à saúde dos idosos culminou com portaria ministerial de nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, constituindo mais uma tentativa de consolidação do SUS em razão da reafirmação dogmática de seus pressupostos por intermédio da divulgação do *Pacto pela Saúde*, versando, dentre outros temas aduzidos, acerca da saúde dos idosos como premissa basilar a ser colocada em prática (BRASIL, 2006). Serviços de saúde ofertados aos idosos devem possibilitar acesso e acolhimento adequados deste grupo populacional, suprimindo demandas e necessidades de saúde de cada um. Respeita-se, assim, suas limitações e objetiva-se, funcionalidade, independência destas pessoas e, integralidade das ações de saúde a elas dispensadas (BRASIL, 2007).

Valoração da vida e saúde dos seres humanos é aduzida pelas palavras do Professor Constitucionalista José Afonso da Silva (2013): "*Dignidade da pessoa humana é valor supremo atraindo conteúdo de todos Direitos Fundamentais do homem desde Direito à vida*".

Qualidade de vida e auto avaliação em saúde bucal

Termo qualidade de vida, relacionado à saúde bucal, vem sendo usado por pesquisadores para reconhecer impacto das doenças bucais na vida cotidiana, representando fruto de pesquisas e observações sobre efeito que desordens bucais podem ter na qualidade de vida dos indivíduos (SILVEIRA NETO; LUFT; TRENTIN *et al.*, 2007 e BONNAN; BORGES; HAIKAL *et al.*, 2008). Apareceu somente no início dos anos 80 contrastando com noção de qualidade de vida, relacionada à saúde geral emergindo no final dos anos 60 (SOUZA; MINAYO, 2010). Tradicionalmente, pesquisas relacionadas ao diagnóstico das condições de saúde das populações têm sido realizadas apenas por indicadores numéricos, enquanto determinação das necessidades têm sido apenas do ponto de vista normativo, ignorando-se aspectos sócio comportamentais (BIAZEVIC; MICHEL-CROSATO; IAGHER *et al.*, 2004).

Experiência subjetiva de pessoa, em relação ao seu bem-estar funcional, social e psicológico, refere-se à experiência individual e, suas consequências na vida diária (ATCHISON; DOLAN, 1990; NUNES; ABEGG,

2008; GOMES-OLIVEIRA, 2013 e PALMA; SCHLIEBE; TONELLO *et al.*, 2015). Indicadores epidemiológicos limitam-se predizer *quantum* determinada doença afeta capacidade de indivíduo desempenhar suas funções cotidianas. Medidas de auto percepção dizem mais como está sendo afetada rotina diária do indivíduo e, da população em geral do que aquelas realizadas com base em ambiente clínico (SILVA; FERNANDES, 2001 e SOUZA; MINAYO, 2010).

Simple avaliação das condições clínicas não responde às questões como próprio paciente percebe sua condição bucal e, qual efeito das más condições sobre sua qualidade de vida? Muitos sistemas foram elaborados para responder estas questões, *Oral Health Impact Profile (OHIP)* (SLADE; SPENCER, 1994), o *GOHAI* (ATCHISON; DOLAN, 1990) e o *IODD* (ADULYANON; SHEIHAM, 1997). Este último se utiliza de questionários respondidos pelo próprio paciente, indicando através de escores, grau do impacto da saúde bucal em sua qualidade de vida, contemplando aspectos físicos, sociais e psicológicos (MOREIRA; NICO; TOMITA *et al.*, 2005 e BIANCO; LOPES; BORGATO *et al.*, 2010). Importância da qualidade de vida relacionada à saúde bucal tem levado pesquisadores desenvolverem questionários padronizados com intuito de investigá-la com mais cuidado. Tais instrumentos foram criados com objetivo de coletar dados sobre autopercepção, individual ou coletivamente e, como poderiam ser utilizados em programas educativos, preventivos e curativos e, até mesmo, por outros profissionais (ATCHISON; GIFT, 1995).

Índice Odontológico de Desempenho Diário (IODD), dentre indicadores sócio dentais, mensura impacto odontológico no desempenho das atividades diárias, por meio da aferição da frequência e, severidade, avaliando motivos e, causas do impacto. Dentre instrumentos sócio dentais, IODD é considerado mais abrangente, tendo sido concebido para contribuir com planejamento das políticas públicas (ADULYANON; SHEIHAM, 1997). Indicadores subjetivos em pesquisas de avaliação da necessidade de tratamento odontológico, melhora compreensão quanto à saúde bucal. Facilita entendimento das atitudes dos indivíduos quanto autocuidado e, quanto à procura por serviços odontológicos (MARTINS; BARRETO; PORDEUS, 2008 e RIBEIRO *et al.*, 2009).

Edentulismo, uso e necessidade de prótese

Deflui da prática clínica voltada para exodontias subsequentes aos agravos bucais, principalmente cárie e problemas periodontais, não sendo, portanto, fenômeno próprio do envelhecimento. Estudos epidemiológicos demonstram que perda dental é comum, impactando na qualidade de vida (MARZOLA, 2008; BRASIL, 2010 e GOMES-OLIVEIRA, 2015).

Processo de envelhecimento provoca alterações nas estruturas mio-funcionais e, orofaciais do idoso, sendo características do envelhecimento, apresentando-se de forma gradual e natural. Em contraposição, alterações no aparelho estomatognático, decorrentes da cárie e problemas periodontais, levam à perda dental, causando transtornos mastigatórios e, na fala. Ademais, perdas dentais causam danos estéticos com grandes impactos psicológicos. Muitos pacientes idosos apresentam problemas na cavidade bucal em função de efeitos colaterais de medicamentos por eles utilizados, de manifestações bucais de algumas doenças sistêmicas e, até mesmo, em razão de deficiências nutricionais (FURTADO; FORTE; LEITE, 2011).

Reabilitação protética, apresenta-se como fator importante para sua integração social, embora existam diversos estudos trabalhando com esta temática, sendo necessárias contribuições tentando explicar associações entre fatores causais e, condições odontológicas na população idosa institucionalizada (LEITÃO; AZEVEDO; BONAN *et al.*, 2012). Nesta pesquisa, condição bucal de grupo de idosos, mostrou-se comum a outros estudos sobre percepção, uso e necessidade de prótese em pessoas idosas.

PROPOSIÇÃO

Analisar impacto do uso de prótese dentária na qualidade de vida de idosos residentes em ILPTs, em Maceió, AL, Brasil.

GENTE E METODOLOGIA

Aspectos éticos da pesquisa

Em consonância com Resolução 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, submetido apreciação Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia e Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic.

Tipo de estudo

Epidemiológico observacional transversal de natureza quantitativa.

Local do estudo

Realizada em ILPTs para idosos em Maceió, Alagoas, Brasil. Município possui extensão territorial de 516,46 km², densidade demográfica de

1805,77 hab/km², população de 932.748 habitantes e, população de idosos da ordem de 78.375 pessoas (IBGE, 2015).

Maceió apresenta PIB de 46,35% do total de R\$ 29.545,00 bilhões referentes a todo Estado de Alagoas e, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,721, ocupando 27^a posição entre capitais do Brasil. Está dividida em oito Distritos Sanitários, abrangendo todos bairros da capital. Possui 2 Postos de Atendimento Médico, 2 Centros de Especialidade Odontológica, 2 UPAS e, 76 Unidades de Saúde e, estas últimas divididas entre 34 Unidades Básicas de Saúde, para atendimento da demanda espontânea e, 42 Unidades de Saúde da Família, para atendimento programado da população adstrita às estas Unidades.

Cobertura de cerca de 30,76% da população, referente à saúde bucal, Maceió apresenta 69 Equipes de Saúde Bucal, cobrindo somente cerca de 13,9% da população, com 27 CDs atendendo 54 equipes, perfazendo total de 1 CD para cada duas equipes (1:2) e, 15 CDs atendendo 15 Equipes, na proporção de 1:1 (SMS, 2013).

Características do local do estudo

Maceió possui 09 instituições de longa permanência (9 ILPIs), com total de 356 idosos, sendo 08 de caráter filantrópico e 01 privado, entre instituições mistas, femininos e masculinos (Secretaria Estadual de Saúde). Para seleção da amostragem do estudo, considerou-se apenas instituições de caráter misto, com objetivo de resguardar mesmas características da população do estudo e, unidade "indivíduo":

a. Instituição A - Espírita, fundada 1947, regime fechado, natureza mista, capacidade para atender 80 idosos, ambos gêneros, advindos da rua de famílias sem condições financeiras ou que não consigam exercer seu papel de cuidadoras, de hospitais, encaminhados pelo Ministério Público, entre outros. Mantida por doações regulares de particulares, empresas e associações e, também, recebendo verba governamental federal destinada às ILPIs filantrópicas. Com área verde para banho de sol e lazer, quartos, com banheiro, para acomodar 8 (oito) idosos. Possui profissional de enfermagem, fisioterapia e, serviços gerais. Atendimento médico por voluntários.

b. Instituição B - evangélica, regime fechado, natureza mista, abriga 50 idosos advindos de famílias sem condições, ou que não conseguiram exercer seu papel de cuidadoras. Mantida por doações de membros da igreja e empresas, com área verde para banho de sol e lazer. Quartos com banheiro, destinados à acomodação dos idosos, residindo de 2 a 3 em cada quarto. Possui profissionais

de serviços gerais e cuidadores. Atendimento de saúde é feito por profissionais da rede privada e, voluntários da igreja.

c. Instituição C - católica, criada 1932, pertencente à Arquidiocese de Maceió, regime fechado, natureza mista, capacidade para atender 70 idosos de ambos gêneros, advindos da rua, de famílias sem condições financeiras ou que não conseguiram exercer seu papel de cuidadoras, de hospitais, excetos psiquiátricos, entre outros. Embora seja instituição de regime fechado, eventualmente podem sair, devidamente acompanhados, para participação de atividades na comunidade. Mantida por doações de particulares ou empresas, também, recebe verba do governo federal destinada às ILPIs filantrópicas. Com área verde para banho de sol e lazer, quartos com banheiro, são distribuídos na ala feminina e masculina, destinados à acomodação dos idosos. Possui 01 profissional de enfermagem, dirigindo instituição, coordenadores e profissionais de serviços gerais que recebem treinamentos para cuidadores. atendimentos de fisioterapia e enfermagem são realizados por acadêmicos acompanhados por professores das diversas instituições de ensino superior de Maceió, fazendo parte do programa de estágio curricular obrigatório daquelas faculdades.

Caracterização da amostragem

Consideraram-se apenas instituições de caráter misto, objetivando resguardar mesmas características da unidade "indivíduo". Amostra, selecionada aleatoriamente, composta por 200 idosos institucionalizados, acima de 60 anos, ambos gêneros, mesma classe social, independentes ou parcialmente provenientes das ILPTs (KATZ; FORD; MOSKOWITZ *et al.*, 1963) (Anexo A).

Crítérios de exclusão e inclusão da amostra

Exclusão: indivíduos apresentando quadro clínico de saúde desfavorável, sem capacidade para responder aos questionários, aqueles que, por algum motivo de saúde temporário não puderam se submeter ao exame clínico bucal e, totalmente dependentes (KATZ; FORD; MOSKOWITZ *et al.*, 1963). Inclusão: aqueles que aceitaram participar da pesquisa assinando TCLE e, que se enquadraram nos critérios da pesquisa.

Instrumentos utilizados para coleta de dados

Indicadores subjetivos:

a. questionários de identificação dos dados sócio demográficos, tendo como objetivo descrever características da população-alvo, analisando

variáveis sócio demográficas, referentes à identificação, idade, gênero, estado civil, escolaridade, renda mensal e religião (**Anexo B**).

b. Questionário de Auto avaliação da saúde bucal (**SILVA; FERNANDES, 2001**) - composto de três perguntas. Respostas para primeira pergunta serão codificadas através de valores de zero até quatro, sendo valor zero correspondente à pior percepção de saúde bucal e, valor 4, correspondente à melhor percepção de saúde bucal (**Anexo C**).

c. Questionário de qualidade de vida - IODD. Índice dos Impactos Odontológicos no Desempenho Diário (**ADULYANON; SHEIHAM, 1997**), é indicador sócio dental baseado conceitualmente no *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, da Organização Mundial de Saúde (OMS), modificado (**LOCKER, 1988**) para seu uso em Odontologia. O IODD originalmente contava com nove desempenhos para serem avaliados. No entanto, avaliação do desempenho desenvolver atividade física estava redundante com questão desempenhar trabalho principal ou papel social. Sendo assim, desempenhar atividade física ou trabalho doméstico foi removido da versão final do índice, passando ser denominado por alguns autores de IODD modificado. Índice composto por cinco cartões, contendo oito perguntas referentes a aspectos funcionais, psicológicos e sociais. Questões se referem a mastigar, limpar boca e escovar os dentes, falar/pronunciar palavras corretamente, sorrir, ficar à vontade com outras pessoas, manter estado emocional, realizar atividades físicas e dormir. Primeira pergunta está dividida em dois eixos: ocorrência nos últimos seis meses e frequência do impacto. Ocorrência é registrada como sim ou não, e frequência é medida por escores indicando tempo de duração do impacto nos casos de longa duração (regularmente) e, naqueles casos de períodos curtos, esporadicamente. Impacto total em cada desempenho é calculado multiplicando-se classificação de frequência pela gravidade, sendo classificação total soma de todas classificações de desempenho. Soma é dividida pelo escore máximo possível, que é 200 (oito classificações de desempenho x cinco de frequência x cinco de severidade); multiplica-se por 100 e, obtém-se valor percentual que correspondeu ao IODD do paciente. Índice será dicotomizado em ausência de impacto (IODD =0) e, presença de impacto (IODD>0) (**Anexo D**).

d. Questionários foram aplicados sob forma de entrevista individual com cada indivíduo, para criar diálogo amistoso e, não haver inibição, constrangimento ou interferências nas respostas.

Indicador normativo.

Para instrumento de avaliação de uso de prótese serão adotados critérios (**COLUSSI; FREITAS; CALVO, 2004**) adaptados para este estudo: critérios para necessidade e uso de prótese (códigos 1, 2, 3): 1 - Ausência total de dentes (um e/ou dois arcos - edentulismo), sem presença de próteses; 2 -

Ausência dental de um ou mais elementos, com prejuízo estético e/ou funcional;
3 - Presença de próteses com comprometimento estético e/ou funcional (próteses quebradas, mal adaptadas, associadas a lesões na mucosa, com desgaste excessivo, sem retenção) - Serão considerados apenas Prótese total (PT) e Prótese parcial removível (PPR) (**Anexo E**).

Avaliações/entrevistas serão realizadas individualmente, em espaço reservado, nas instituições que participarão do estudo, de modo facilitar diálogo, sem inibição, constrangimento ou interferências nas respostas fornecidas. Exames serão realizados por pesquisadora e auxiliar previamente calibrada, seguindo critérios de adequada proteção e, normas de biossegurança.

Treinamento e calibração dos examinadores

Pesquisa de campo será desenvolvida por pesquisadora e auxiliar treinada para pesquisa, que receberam treinamento prévio e, conseqüente calibração conduzida por examinador "Gold Standard" com experiência na metodologia proposta, tendo como finalidade obter estimativa da extensão e, natureza diagnóstica. Treinamento ocorrerá em 16 horas sendo quatro horas de calibração, onde se avaliará aplicabilidade dos instrumentos da pesquisa. Exame clínico foi realizado nas dependências do espaço físico do idoso, sendo utilizadas espátulas de madeira, EPI, seguindo-se critérios de assepsia e biossegurança.

Projeto piloto

Anteriormente ao início da pesquisa, foi realizado estudo piloto, sendo examinadas 10% da amostra de indivíduos institucionalizados, objetivando encontrar possíveis dificuldades para realização da pesquisa evitando interrupções ou alterações durante levantamento principal dos dados.

Delineamento do estudo - Aplicação dos instrumentos da pesquisa

Questionários da pesquisa (sócio demográfico, auto avaliação da saúde bucal e IODD - Índice Odontológico no Desempenho Diário) foram aplicados em forma de entrevista para obtenção dos dados e, identificação, sendo selecionados aqueles que se enquadravam nos critérios de inclusão. Examinados clinicamente para avaliação do uso e condições das próteses dentárias, além de avaliação das mucosas, utilizando-se critérios normativos.

Considerando-se universo populacional, foram utilizadas questões dicotomizadas, avaliando-se rapidez e facilidade de aplicação no processo, além

de análise do ato de responder, proporcionando imparcialidade do entrevistador e, objetividade do respondente. Visitas aos locais da pesquisa aconteceram durante período compreendendo início do projeto, em horários específicos, evitando-se causar transtornos na vida dos idosos e, de modo obter espontaneamente informações desejadas. Entrevistas seguiram roteiro de questões estruturadas, cuja coleta de informações aduzidas foi conduzida de maneira não atrapalhar desenvoltura do entrevistado.

Análise Estatística

Inicialmente foram realizadas análises descritivas dos dados, além das individuais associando escore de IODD (variável de desfecho) com demais variáveis (variáveis preditoras). Variáveis com $p\text{-valor}\leq 0,20$ nas análises individuais foram testadas em modelo de regressão logística múltipla, permanecendo no modelo aquelas com $p\leq 0,05$. Análises foram realizadas nos programas SAS - *Institute Inc., Cary, NC, USA, Release 9.2, 2010* e Bioestat - 5.0 statistical program (*Mamirauá Maintainable Development Institute, Belem, Pará, Brazil, 2010*).

RESULTADOS

Amostra, com 103 idosos institucionalizados, apresentou média de idade 70,2 anos ($dp= 6,2$), idade mínima de 60 e, máxima de 85 anos. Gênero feminino representou 61,16% e, 38,84% do masculino. Índice de impacto da saúde bucal nas atividades diárias (IODD) variou de zero a 92, sendo que 23,3% ($n=24$) apresentavam ausência de impacto da saúde bucal nas atividades diárias (IODD=0), 25% (primeiro quartil) apresentavam $IODD\leq 2$, 50% (mediana) $IODD\leq 15$ e, 75% (terceiro quartil) $IODD\leq 40$.

Tabela 1 não há associação significativa entre IODD e variáveis sócio demográficas e comportamentais. Ainda, 25,2% da amostra eram casados, 12,6% solteiros, 35% viúvos e, 27,2% divorciados. 51,5% não possuía renda, 61,2% do gênero feminino, 25,2% sem escolaridade e, 9,7% com nível superior. Ainda, 41,8% eram católicos.

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS -
USO DE PRÓTESE DENTÁRIA EM MACEIÓ - ALAGOAS - BRASIL

Tabela 1 - Análises associações do IODD com variáveis sócio demográficas e comportamentais.

Variável	N (%*)	IODD=0	IODD>0	*OR bruto	#IC95%	p-valor
		N (% ^e)	N (% ^e)			
Idade						
≤469 anos	54 (52,4)	12 (22,2)	42 (77,8)	1,14	0,46-2,83	0,7857
>69 anos	49 (47,6)	12 (24,5)	37 (75,5)	Referência		
Estado civil						
Casado	26 (25,2)	7 (26,9)	19 (73,1)	Referência		0,2966
Solteiro	13 (12,6)	5 (38,5)	8 (61,5)	0,59	0,14-2,42	
Viúvo	36 (35,0)	5 (13,9)	31 (86,1)	2,28	0,63-8,23	
Divorciado	28 (27,2)	7 (25,0)	32 (76,0)	1,68	0,51-5,54	
Renda						
Não	53 (51,5)	11 (20,8)	42 (79,2)	1,34	0,54-3,35	0,5291
Sim	50 (48,5)	13 (26,0)	37 (74,0)	Referência		
Sexo						
Feminino	63 (61,2)	14 (22,2)	49 (77,8)	1,17	0,46-2,96	0,7452
Masculino	40 (38,8)	10 (25,0)	30 (75,0)	Referência		
Escolaridade						
Sem escola	26 (25,2)	5 (19,2)	21 (80,8)	Referência		0,2876
Primário	28 (27,2)	7 (25,0)	21 (75,0)	0,71	0,20-2,61	
Fundamental	20 (19,4)	8 (40,0)	12 (60,0)	0,36	0,10-1,34	
Médio	19 (18,4)	3 (15,8)	16 (84,2)	1,27	0,26-6,12	
Superior	10 (9,7)	1 (10,0)	9 (90,0)	2,14	0,22-21,05	
Religião						
Católica	43 (41,8)	10 (23,3)	33 (76,7)	Referência		0,9324
Espirita	36 (35,0)	9 (25,0)	27 (75,0)	0,91	0,32-2,56	
Evangélica	24 (23,3)	5 (20,8)	19 (79,2)	1,15	0,34-3,87	
Asilo						
A	41 (39,8)	8 (19,5)	33 (80,5)	Referência		0,5801
C	38 (36,9)	11 (29,0)	27 (71,0)	0,60	0,21-1,69	
L	24 (23,3)	5 (20,8)	19 (79,2)	0,92	0,26-3,22	

Legenda - \$Odds ratio; #Intervalo de confiança de 95%, &mediana, *Porcentagem na vertical para cada variável, ^e porcentagem na horizontal.

Fonte - Da própria autora do projeto.

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS -
USO DE PRÓTESE DENTÁRIA EM MACEIÓ - ALAGOAS - BRASIL

Observou-se associação significativa entre auto avaliação da saúde bucal e IODD. Todos idosos que consideravam sua saúde bucal regular, ruim ou péssima apresentaram impacto nas atividades diárias, IODD>0 (Tabela 2).

Tabela 2 - Análises individuais das associações do IODD com variáveis relativas à saúde bucal.

Variável	N (%*)	IODD=0	IODD>0	\$OR bruto	#IC95%	p-valor
		N (% ^e)	N (% ^e)			
Avalia saúde bucal						
Excelente	16 (15,5)	6 (37,5)	10 (62,5)	Referência		<0,0001
Boa	47 (45,6)	18 (38,3)	29 (61,7)	0,97	0,30-3,12	
Regular	25 (24,3)	0 (0,0)	25 (100,0)	¹	-	
Ruim	3 (2,9)	0 (0,0)	3 (100,0)	¹	-	
Péssima	12 (11,6)	0 (0,0)	12 (100,0)	¹	-	
Problemas nos dentes						
Não	66 (64,1)	24 (36,4)	42 (63,6)	Referência		<0,0001
Sim	37 (35,9)	0 (0,0)	37 (100,0)	¹	-	
Problemas gengiva						
Não	24 (23,3)	14 (58,3)	10 (41,7)	Referência		<0,0001
Sim	79 (76,7)	10 (12,7)	69 (87,3)	9,66	3,39-27,55	
Edentulismo Superior						
Não	51 (49,5)	16 (31,4)	35 (68,6)	Referência		0,0550
Sim	52 (50,5)	8 (15,4)	44 (84,6)	2,51	0,96-6,55	
Edentulismo Inferior						
Não	72 (69,9)	19 (26,4)	53 (73,6)	Referência		0,2586
Sim	31 (30,1)	5 (16,1)	26 (83,9)	1,86	0,63-5,55	
Edentulismo parcial						
Não	21 (20,4)	5 (23,8)	16 (76,2)	Referência		0,9507
Sim	82 (79,6)	19 (23,2)	63 (76,8)	1,04	0,34-3,20	
Usa prótese						
Não	78 (75,7)	21 (26,9)	57 (73,1)	Referência		0,1754
Sim	25 (24,3)	3 (12,0)	22 (88,0)	2,70	0,73-9,97	
PT						
Não	86 (83,5)	21 (24,4)	65 (75,6)	Referência		0,7560
Sim	17 (16,5)	3 (17,6)	14 (82,3)	1,51	0,39-5,76	
PPR						
Não	92 (89,3)	24 (26,1)	68 (73,9)	Referência		0,0634
Sim	11 (10,7)	0 (0,0)	11 (100,0)	¹	-	
Necessita de prótese						
Não	5 (4,8)	4 (80,0)	1 (20,0)	Referência		0,0101
Sim	98 (95,2)	20 (20,4)	78 (79,6)	15,60	1,65-147,37	
Necessita de PT						
Não	43 (41,8)	16 (37,2)	27 (62,8)	Referência		0,0047
Sim	60 (58,2)	8 (13,3)	52 (86,7)	3,85	1,46-10,14	
Necessita PPR						
Não	23 (22,3)	7 (30,4)	16 (69,6)	Referência		0,3585
Sim	80 (77,7)	17 (21,2)	63 (78,8)	1,62	0,57-4,57	

Legenda - \$ Odds ratio; # Intervalo confiança de 95%, & mediana, * Porcentagem vertical para cada variável, @ porcentagem horizontal, ¹ Não calculado devido tamanho amostra.

Fonte - Da própria autora do projeto.

Tabela 3 observa-se associação significativa entre condição da prótese e, IODD ($p < 0,05$) e, 19,4% usavam prótese em péssimas condições e, 95% apresentavam algum impacto da saúde bucal nas atividades diárias.

Tabela 3 - Análise individual da associação do IODD com a condição da prótese.

Variável	N (%*)	IODD=0	IODD>0	§OR bruto	#IC95%	p-valor
		N (% ^e)	N (% ^e)			
Condição						
Boa	5 (4,8)	2 (40,0)	3 (60,0)	Referência		0,0278
Ruim	1 (1,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	- ¹	-	
Péssima	20 (19,4)	1 (5,0)	19 (95,0)	12,66	0,86-186,91	
Sem informação	77 (74,8)	20 (26,0)	57 (74,0)			

Legenda - §Odds ratio; #Intervalo de confiança de 95%, &mediana, *Porcentagem na vertical para cada variável, @ porcentagem na horizontal, 1Não foi possível calcular devido ao tamanho da amostra.

Fonte - Da própria autora do projeto.

Pela análise de regressão logística múltipla, idosos que se auto avaliam com problemas gengivais e, que necessitam de prótese total têm 8,68 (IC95%: 2,94-25,66) e, 3,27 (IC95%: 1,13-9,51) vezes mais chances, respectivamente, de apresentarem impacto da saúde bucal em atividades diárias (IODD>0) (**Tabela 4**).

Tabela 4 - Análises de regressão logística múltipla para o IODD.

Variável	N (%*)	IODD=0	IODD>0	§OR ajustado	#IC95%	p-valor
		N (% ^e)	N (% ^e)			
Problemas gengiva						
Não	24 (23,3)	14 (58,3)	10 (41,7)	Referência		<0,0001
Sim	79 (76,7)	10 (12,7)	69 (87,3)	8,68	2,94-25,66	
Necessita de PT						
Não	43 (41,8)	16 (37,2)	27 (62,8)	Referência		0,0294
Sim	60 (58,2)	8 (13,3)	52 (86,7)	3,27	1,13-9,51	

Fonte - Da própria autora do projeto.

Todos afirmavam que problemas dentais, também, apresentavam impacto nas atividades diárias (IODD>0). Também, associação significativa do IODD com fato do idoso afirmar que tem problemas gengivais, com necessidade de prótese total ($p < 0,05$). 35,9% afirmavam ter problemas dentais e, 76,7% gengivais. Do total, 50,5% apresentavam edentulismo superior, 30,1% inferior, 16,5% usavam prótese total, 10,7% usavam PPR, 58,2% necessitavam de prótese total e, 77,7% de PPR.

DISCUSSÃO

Envelhecimento populacional ainda constitui desafio para políticas públicas em face do aumento da expectativa de vida. Estado não está preparado para transformações decorrentes do processo de senescência, que extrapolam seu limite da reserva do possível, impactando na qualidade de vida do idoso. De acordo com resultados da pesquisa, estudo apresentou associação entre auto avaliação da saúde bucal com qualidade de vida, em que todos participantes auto avaliaram sua saúde em regular, ruim ou péssima, apresentando impacto nas atividades diárias.

Valores totais do IODD variaram de 0 a 92 e, achados revelaram que maioria dos participantes (84,4%) apresentou algum impacto nos domínios do IODD, influenciando na qualidade de vida, bem como nas situações de vida e, atividades diárias (**GOMES-OLIVEIRA et al., 2014**), diferentemente dos resultados de pesquisas, em que auto avaliação e, condições de saúde bucal foram insignificantes para avaliar impacto na qualidade de vida (**RHIS et al., 2010**).

É possível inferir que, embora dados sócios demográficos e comportamentais não tenham apresentado significância ($p > 0,05$) na qualidade de vida dos idosos avaliados, tal resultado pode defluir de o fato destes indivíduos encontrarem-se em abrigos filantrópicos, caracterizados por condições socioeconômicas e gerenciais análogas.

Esta parcela da população mantém visão positiva de sua saúde, apesar das tensões e dificuldades inerentes ao envelhecimento (**MARTINS; MACHADO; FONSECA et al., 2009 e HAIKAL; PAULA; MARTINS et al., 2011**).

Na corrente pesquisa, observou-se que 35,9% e 76,7% apresentaram problemas nos dentes e gengivas (**GOMES-OLIVEIRA, 2011**), mostrando alto impacto da condição bucal na qualidade de vida e, desempenho das atividades diárias. Edentulismo nesta fase da vida é considerado pelos idosos como condição natural do envelhecimento, não considerando como principal problema de sua baixa qualidade de vida. No entanto, domínio do IODD que apresentou maior impacto na qualidade de vida foi funcional (IODD 1, 2 e 3), seguido do psicológico, relacionando ausência de dentes com vergonha em sorrir, demonstrando que este fator impacta negativamente na sua qualidade de vida. Outros estudos apresentaram resultados diferentes para esta associação, demonstrando que maioria avalia sua saúde bucal como "boa" até "excelente". Embora tal grupo apresente alta taxa de edentulismo e baixa qualidade de vida, sua percepção é positiva (**GOMES-OLIVEIRA, 2014**).

Resultados da pesquisa em testilha, para frequência, severidade e motivos dos impactos relatados no IODD, mostraram que edentulismo está

caracterizado nos relatos de impactos nos desempenhos. Nota-se IOOD 1 (comer e sentir o sabor dos alimentos), IOOD 2 (falar corretamente as palavras), seguido do IOOD 5 (sorrir e mostrar os dentes sem constrangimento), sendo relatados como principais causas e motivos do impacto nestes domínios próteses mal adaptadas, ausências dentárias e, "vergonha", contemplados, nos domínios funcional e psicológico (**GOMES-OLIVEIRA et al., 2015**).

Outra observação importante no presente estudo, quanto à associação da auto avaliação da saúde bucal e domínio funcional IOOD 3 (dificuldades na higienização bucal) refere-se à condição relatada em 76,7% dos idosos, que apresentavam problemas nas gengivas, relacionando-os com higienização dos dentes. Provável resposta pode estar assentada nas suas condições bucais como ulcerações, sangramentos, traumas gengivais, faltas de dentes, alimentos duros, dentre outros relatados e observados na pesquisa de campo. Embora edentulismo não tenha permanecido no modelo de regressão, estudo mostrou elevada taxa desta condição, considerando-se que falta de dentes representa grande impacto na saúde do idoso e, conseqüentemente na sua qualidade de vida (**MARTINS; BARRETO; PORDEUS, 2008 e LEITÃO; AZEVEDO; BONAN et al., 2012**).

Grande parte dos edêntulos requer cuidados especiais, pois apresentam alterações sistêmicas e psicológicas que influenciam direta ou indiretamente na sua reabilitação protética bem como na sua qualidade de vida (**RIBEIRO et al., 2009**). Na atual pesquisa, 50,5% dos idosos apresentavam edentulismo superior e, 30,1% edentulismo inferior, 16,5% usam prótese total, 10,7% usam PPR, 58,2% necessitam de prótese total e, 77,7% necessitam de PPR.

Autores observaram que não havia impacto na saúde bucal quando relacionada ao uso de prótese total independente da arcada, porém, esta interferência tornava-se relevante quando da necessidade de prótese total nas duas arcadas (**BIAZEVIC; MICHEL-CROSATO; IAGHER et al., 2004**).

Dor de dente e necessidade de próteses dentárias foram principais fatores que afetaram autopercepção da saúde bucal de idosos do sul do Brasil (**NUNES; ABEGG, 2008**).

Em estudo com idosos institucionalizados, observaram que maioria apresentou condição insatisfatória das próteses e necessidade premente de nova prótese ou reabilitação oral inicial (**BONNAN; BORGES; HAIKAL et al., 2008**), resultado este também encontrado na presente pesquisa. Pode-se inferir nesta questão, fato dos idosos terem dificuldade quanto adaptação das próteses inferiores, muitas vezes por causa das condições anatômicas do remanescente de suporte ósseo da arcada inferior, na maioria das vezes, bastante reabsorvido. Entre variáveis clínicas preditoras da qualidade de vida neste estudo, necessidade de prótese total e, problemas com gengivas apresentaram

significância quanto ao impacto na sua qualidade de vida. Ademais, edentulismo, cáries radiculares e doenças periodontais são ocorrências mais frequentes encontradas na avaliação bucal em idosos. Outro fator preponderante observado na pesquisa ora discutida foi ausência de higienização das próteses e dentes remanescentes, acentuando, por conseguinte, agravos orais. Ressalte-se que há necessidade de informar população idosa acerca da importância da higienização das próteses e da cavidade oral para manutenção e conservação dos remanescentes dentários e, das peças protéticas (BONNAN; BORGES; HAIKAL *et al.*, 2008).

Muitos estudos têm demonstrado características similares, como classe econômica pouco favorecida, baixa escolaridade e doenças crônicas. Embora referidas variáveis não tenham apresentado associação na presente pesquisa, são significantes em outros estudos, demonstrando sua realidade de vida (JAHNKE; PONTE; ABEGG *et al.*, 2013).

Estudo ora delineado, ao analisar associação entre IODD e variáveis sócio demográficas e comportamentais, não observou associação significativa com nenhuma das variáveis preditoras como idade, estado civil, gênero, renda, religião e, escolaridade, bem como tipo de asilo, resultados que se contrapõem a outros estudos (ATCHISON, DOLAN, 1990; SILVEIRA NETO; LUFT; TRENTIN *et al.*, 2007; BONNAN; BORGES; HAIKAL *et al.*, 2008 e FURTADO; FORTE; LEITE, 2011).

Faz-se imprescindível ratificar que conhecimento da realidade dos idosos bem como realização de planejamento adequado, de maneira proporcionar atendimento integral com ênfase na promoção da saúde e, prevenção de agravos, possibilita reverter quadro de condições socioculturais desfavoráveis para alcance de velhice com melhor qualidade de vida (PALMA; SCHLIEBE; TONELLO *et al.*, 2015).

Estudo transcorreu de forma tranquila, embora alguns fatores limitantes possam ser apontados. Constante alteração de humor de alguns dos respondentes influenciou diretamente na sua abordagem e, assim, no gerenciamento do tempo gasto na aplicação do questionário. Idosos mais acessíveis e, com grande necessidade de dialogar sobre suas histórias de vida, embora enriquecessem experiência da pesquisa e da pesquisadora, também, se não gerenciados de modo adequado, comprometiam tempo de aplicação dos questionários e, qualidade das respostas.

Pesquisa denotou que uso de instrumentos subjetivos possibilita conhecimento mais acurado das reais condições de saúde dos idosos, trazendo auto avaliação e, auto percepção das necessidades mais prementes das pessoas idosas, que não seriam facilmente identificadas apenas pelo uso dos instrumentos normativos. Importância do presente estudo fulcra-se no fato de que uso

conjunto dos instrumentos subjetivos e normativos permitem coleta de dados pormenorizados. Além do conhecimento integral do paciente idoso, auxiliando e orientando planejamento, estratégias de tratamento e, melhor aporte. Alocação de recursos financeiros e humanos voltados para atenção em saúde da população idosa, com vistas ao desenvolvimento de políticas públicas locais mais resolutivas.

CONCLUSÕES

Alta taxa de edentulismo, necessidade de prótese e condições inadequadas podem impactar na qualidade de vida do idoso. Neste sentido, mister se faz aludir acerca da imprescindibilidade da difusão do uso dos instrumentos subjetivos, de modo permitir coleta mais pormenorizada das reais necessidades dos idosos. Contribui, assim, com reorientação das práticas clínicas em face da adequação e, melhor emprego dos recursos humanos e, financeiros bem como do gerenciamento e planejamento em saúde, assegurando-se integralidade da atenção, eficiência e eficácia da prestação dos serviços demandados.

REFERÊNCIAS *

- ADULYANON, S.; SHEIHAM, A. Oral impacts on daily performances. In: SLADE, G. D. editor. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: School of Dentistry, University of North Carolina; 1997. p. 151-60.
- AGOSTINHO, A. C. M. G.; CAMPOS, M. L.; SILVEIRA, J. L. G. C. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção. *Rev. Odontol. UNESP.*, v. 44, n. 2, p. 74-9, mar./apr., 2015.
- ASSIS, M. O envelhecimento e suas consequências. In: CALDAS, C. P. (Orgs). *A saúde do idoso: A arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004.
- ATCHISON, K. A.; DOLAN, T. A. Development of the geriatric oral health assessment index. *J. Dent. Educ.*, v. 54, n. 11, p. 680-7, nov., 1990.
- ATCHISON, K. A.; GIFT, H. C. Oral health and health related quality of life. *Med. Care*, 1995, 33 (11 suppl): NS 57-77.
- BIANCO, V. C.; LOPES, E. S.; BORGATO, M. H. et al., O impacto das condições bucais na qualidade de vida de pessoas com cinquenta ou mais anos de vida. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 15, n. 4, p. 2165-72, jul., 2010.
- BIAZEVIC, M. G. H.; MICHEL-CROSATO, E.; IAGHER, F. et al., Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. *Braz. oral Res.* v. 18, p. 85-91, 2004.

BONNAN, P. R.; BORGES, S. P.; HAIKAL, D. S. et al., Condições bucais e de reabilitação insatisfatórias dissociadas da percepção de qualidade de vida em idosos institucionalizados e não-institucionalizados. *Rev. Odonto ciênc.*, Porto Alegre, RS., v. 23, n. 2, p. 115-9, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto nº 1948 Regulamenta a Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994 - Política Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF); 1996 jan 5; Seção 1:77-9.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF); 1999 dez 10.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). *Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: Resultados principais*. Brasília (DF): Coordenação Nacional de Saúde Bucal; 2003.

BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF); 2003 out 1.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Projeto SB Brasil 2003: condição de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003 - Resultados Principais*. Brasília; 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que institui o Pacto pela Saúde. Brasília: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF); 2006 fev. 23.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Apresentou os principais resultados da pesquisa Nacional de Saúde Bucal*. Brasil; 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional da Saúde Bucal. Resultados principais*. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Educação à Saúde; 2011. 92p.

CAMARANO, A. A. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev. bras. Estudos Popul.*, v. 27, n. 1, p. 233-5, 2010.

CARVALHO, M. Perfil de instituições de longa permanência em uma capital do Nordeste. *Cad. Saúde Coletiva*, v. 22, n. 2, p. 184-91, 2014.

CHALMERS, J. *Problems encountered with the organization and provision of dental care for Adelaide nursing home residents*. In: Annual Meeting of the American Association of Public Health Dentistry, 62, 1999. Annals... Honolulu: American Association of Public Health, 1999. p. 37.

- COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. Edentulousness and associated risk factors in a south Brazilian elderly population. *Gerodontology*. v. 24, n. 2, p. 93-7, jun., 2007.
- COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T.; CALVO, M. C. M. Epidemiological profile of caries and the use and need of prostheses in the elderly population of Biguaçu, Santa Catarina. *Rev. bras. Epidemiol.*, v. 7, n. 1, p. 88-97, 2004.
- DALY, B.; NEWTON, T.; BATCHELOR, P. Oral health care needs and oral health-related quality of life (OHIP-14) in homeless people. *Community Dent. oral Epidemiol.*, v. 38, n. 2, p. 136-44, apr., 2010.
- DEBERT, G. G. *A antropologia e os estudos dos grupos e das categorias de idade*. In: LINS DE BARROS, M. M. *Velhice ou Terceira Idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. 2a ed. Rio de Janeiro: FGV, 2000.
- DEMIDENKO, E. Sample size and optimal design for logistic regression with binary interaction. *Stat. Med.*, v. 27, n. 1, p. 36-46, jan., 2008.
- DEMIDENKO, E. Sample size determination for logistic regression revisited. *Stat. Med.*, v. 26, n. 18, p. 3385-97, aug., 2007.
- ESMERIZ, C. E. C.; MENEGHIM, M. C.; AMBROSANO, G. M. B. Self-perception of oral health in non-institutionalised elderly of Piracicaba city, Brazil. *Gerodontology*. v. 29, n. 2, p. 281-9, jun., 2012.
- FURTADO, D. G.; FORTE, F. D. S.; LEITE, D. F. B. M. Uso e necessidade de prótese em idosos: Reflexos na qualidade de vida. *Rev. brasil. Ciênc. Saúde*, v. 15, n. 2, p. 183-90, 2011.
- GOMES-OLIVEIRA, A. M. *Impacto da saúde bucal na qualidade de vida e no desempenho diário na população de quatro assentamentos rurais no estado de São Paulo*. [Dissertação]. Campinas: Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic; 2011.
- GOMES-OLIVEIRA, A. M. *Análise da necessidade de uso de prótese em idosos institucionalizados, associando-se indicadores sociais e critérios objetivos de diagnóstico*. [tese]. Campinas: UNICAMP - Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2013.
- GOMES-OLIVEIRA, A. M. *Análise da necessidade de uso de prótese em idosos não institucionalizados, usuários do SUS, utilizando-se indicadores sócio dentais e normativos* [tese]. Campinas: UNICAMP - Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2014.
- GOMES-OLIVEIRA, A. M. *Edentulismo, uso de prótese e qualidade de vida em idosos institucionalizados*. [tese]. Campinas: UNICAMP - Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2015.
- HAIKAL, D. S.; PAULA, A. M. B.; MARTINS, A. M. E. B. L. et al., Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida dos idosos: uma abordagem quanti-qualitativa. *Rev. Cien. Saúde Colet.*, v. 16, n. 7, p. 3317-29, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. *Cidades - Dados populacionais no ano de 2010* [citado 2015 maio 22]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel>.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. IPEA. *Características das Instituições de longa Permanência para Idosos* - Brasília: IPEA Presidência da República; 2014.

JAHNKE, M. M.; PONTE, M. E.; ABEGG, C. *et al.*, Necessidade de tratamento odontológico autopercebida e normativa em indivíduos de três distritos sanitários de Porto Alegre/RS. *Rev. Fac. Odont. Passo Fundo*, v. 18, n. 3, p. 271-6, set.,/dez., 2013.

KATZ, S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W. *et al.*, Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *J. Amer. med. Ass.*, v. 185, p. 914-9, sep., 1963.

KURIHARA, E.; NEVES, V. J.; KITAYAMA, V. S. *et al.*, Relação entre saúde bucal e fatores psicológicos em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Rev. Gaúcha Odont.*, Porto Alegre, RS, v. 61, n. 2, p. 55-7, abr.,/jun., 2013.

LEITÃO, R. F. A.; AZEVEDO, A. C.; BONAN, R. F. *et al.*, Fatores socioeconômicos associados à necessidade de prótese, condições odontológicas e autopercepção de saúde bucal em população idosa institucionalizada. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.*, v. 12, n. 2, p. 179-85, abr.,/jun., 2012.

LINS DE BARROS, M. M. *Velhice ou Terceira Idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. 2a ed. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

LOCKER, D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent. Health.*, v. 5, n. 1, p. 3-18, mar., 1988.

MACEIÓ. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Relatório trimestral: reunião para reformulação do distrito sanitário. 2013 - Maceió - Alagoas - Brasil.

MACHADO, F. C. A.; COSTA, A. P. S.; PONTES, A. L. B. *et al.*, Dificuldades diárias associadas às próteses totais. *Rev. Ciên Saúde Coletiva*. v. 18, n. 10, p. 3091-100, 2013.

MAIA, S. M. P. *Avaliação da política nacional da pessoa idosa na gestão municipal de Fortaleza-CE* [dissertação]. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza; 2010.

MARTINS, A. M. E. B. L.; BARRETO, S. M.; PORDEUS, I. A. Fatores relacionados a autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos. *Rev. Saúde Pública*, v. 42, n. 3, p. 487-96, jun., 2008.

MARTINS, E.; MACHADO, F. F.; FONSECA, Y. X. F. *et al.*, *Significado de família e saúde para idosos: Estudo em instituição de longa permanência da cidade de São Paulo* [online]. São Paulo: Universidade Ibirapuera; 2009 [citado 2015, maio 29][15p]. Disponível: <http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/4/43/osignificadodefamilia.pdf>.

- MARUCH, A. O.; FERREIRA, E. F.; VARGAS, A. M. D. *et al.*, Impacto da prótese dentária total removível na qualidade de vida de idosos em Grupos de convivência de Belo Horizonte-MG. *Arq. Odontol.*, v. 45, n. 2, p. 73-80, abr./jun., 2009.
- MARZOLA, C. *Fundamentos de Cirurgia Buco Maxilo Facial*. São Paulo: Ed. BigForms, 2008, 6 vs.
- MELLO, H. S. A. *Odontogeriatrics*. São Paulo: Ed. Santos; 2005.
- MELO, I. A. F.; KUBRUSLY, E. S.; PEIXOTO JUNIOR, A. A. Perfil das instituições de longa permanência para idosos no Estado de Alagoas no período de 2007 a 2008. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 20, n. 1, p. 75-83, jan./mar., 2011.
- MENDONÇA, B. M. C.; CIMÕES, R.; ARAÚJO, A. C. S. *et al.*, Impacto do número de dentes presentes no desempenho de atividades diárias: estudo piloto. *Rev. Ciên. Saúde Col.*, v. 15, n. 3, p. 775-84, 2010.
- MENEZES-SILVA, R.; OLIVEIRA, D. W. D.; BISCARO, P. C. B. *et al.*, Inquérito epidemiológico em população idosa (parte II): Saúde bucal, ansiedade, depressão, estresse e uso de medicamentos. *Scientia Medica*, v. 26, n. 1, p. 219-80, 2016.
- MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.
- MOREIRA, R. S.; NICO, L. S.; TOMITA, N. E. *et al.*, A saúde bucal do idoso brasileiro: Revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad. Saúde Pública*, v. 21, n. 6, p. 1665-75, 2005.
- MOREIRA, R. S.; NICO, L. S.; TOMITA, N. E. O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do Sudeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 27, n. 10, p. 2041-54, out., 2011.
- NEWTON, J. Death is not the major problem: it is ageing and disability. *Gerontology*, v. 25, p. 1-2, 2008.
- NICO, L. S.; ANDRADE, S. S. C.; MALTA, D. C. *et al.*, Saúde bucal autorreferida da população adulta brasileira: Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013-v. 21, n. 2, p. 389-98, 2016.
- NUNES, C. I.; ABEGG, C. Factors associated with oral health perception in older Brazilians. *Gerodontology*, v. 25, n. 1, p. 42-8, mar., 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. *Levantamentos Básicos em Saúde Bucal*. 4a ed. São Paulo: Ed. Santos, 1999. 66 p.
- PALMA, J. M.; SCHLIEBE, L. R. S. O.; TONELLO, A. S. *et al.*, Edentulismo e autopercepção em saúde bucal em idosos de um município do nordeste brasileiro. *Rev. Pesq. Saúde*, v. 16, n. 3, p. 144-8, set./dez., 2015.
- PINHEIRO-JÚNIOR, G. Sobre alguns conceitos e características de velhice e terceira idade: uma abordagem sociológica. *Rev. Linhas*. v. 6, n. 1, p. 15-9, 2005.
- RIBEIRO, D. G. *et al.*, A saúde bucal na terceira idade. *Slusvita*. v. 28, n. 1. p. 101-11, 2009.

- RIHS, et. al., Auto percepção em saúde bucal em idosos frágeis (VI SPGG), 09/2010, VI Seminário de Pesquisa em Gerontologia e Geriatria, v. 1, p. 1-1, Campinas, SP, Brasil, 2010.
- RONCALLI, A. G. Epidemiologia em saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, p. 105-14, 2006.
- ROSTELATO, T. A. Os direitos humanos do idoso e as nuances protetivas no ordenamento jurídico brasileiro: uma abordagem acerca da (des) necessidade do estatuto do idoso. *Lex Humana*, v. 3, n. 2, p. 105-16, 2011.
- SHEIHAM, A.; TSAKOS, G. Oral health needs assessments. In: PINE, C.; HARRIS, R. editors. *Community oral health*. Mew Malden: Quintessence Publishing; 2007. p. 59-79.
- SILVA, S. R. C.; FERNANDES, R. A. C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev. Saúde Pública*, v. 35, n. 4, p. 349-55, 2001.
- SILVA JOSÉ, A. *Curso de Direito Constitucional*. 37ª ed. São Paulo: Ed. Malheiros, 2013.
- SILVEIRA-NETO, N.; LUFT, L. R.; TRENTIN, M. S. et al., Condições de saúde bucal do idoso: Revisão de literatura. *RBCEH*. v. 4, n. 1, p. 48-56, jan./jun., 2007.
- SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent. Health*, v. 11, n. 1, p. 3-11, mar., 1994.
- SOUZA, A. M. N. *A família e seu espaço. Uma proposta de terapia familiar*. Rio de Janeiro: Ed. Agir, 1996.
- SOUZA, E. R; MINAYO. M. C. S. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*. v. 15, n. 6, p. 2659-68, 2010.
- SOUZA, E. M. Fragilidade em idosos institucionalizados: aplicação da Edmonton frail scale associada à independência funcional. [dissertação]. Ribeirão Preto: USP - Universidade de São Paulo; 2013.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*, 2005.

* De acordo com as normas da ABNT e da Revista de Odontologia da ATO.

oOo

ANEXO A - ÍNDICE DE KATZ MODIFICADO - SIDNEY KATZ (1963).

FUNÇÃO	INDEPENDENCIA Faz sozinho, totalmente, habitualmente e corretamente atividade considerada (0)	DEPENDENCIA			
		PARCIAL		COMPLETA	
		Faz parcialmente ou não corretamente a atividade ou com pouca dificuldade Ajuda não humana (1)	Ajuda humana (2)	O idoso não faz a atividade considerada (3)	
BANHAR-SE Usa adequadamente chuveiro, sabão e/ou esponja	Independente para entrar e sair do banheiro.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou algum apoio material para o banho.	Necessidade de ajuda humana para lavar algumas partes do corpo (costas ou pernas) ou supervisão	Recebe assistência no banho para mais de uma parte do corpo (ou não se banha)	
VESTIR-SE Apanha a roupa do armário ou gaveta, veste-se e consegue despir-se. Exclui-se calçados.	Independente para pegar a roupa e se vestir	Necessidade de apoio de algum objeto para se vestir.	Necessidade de ajuda humana para pegar a roupa.	Dependência total para vestir-se.	
USO DO BANHEIRO Locomove-se até o banheiro, despe-se e limpa-se e arruma a roupa.	Independente para ir ao banheiro e se limpar.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou marreco, comadre e urinol para a higiene.	Necessidade de ajuda humana para ir ao banheiro ou se limpar.	Não vai ao banheiro para o processo de eliminação	
TRANSFERIR-SE Locomove-se da cama para a cadeira e vice-versa	Independente para entrar ou sair do leito, sentar e levantar da cadeira.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou de algum apoio material para realizar a transferência	Necessidade de ajuda humana parcial para entrar e sair do leito, sentar e levantar da cadeira.	Não sai da cama. Restrito ao leito	
CONTROLE ESFINCTE- RIANO (Considerar o escore mais alto)	Micção	Independência para controlar a micção	Necessidade de ajuda através do uso regular de urinol, comadre ou marreco para controle da micção e defecação.	Necessidade de ajuda humana para controle da micção) ou usa fralda noturna somente (supervisão)	Dependência total através do uso constante de cateteres ou fraldas
	Evacuação	Independência para controlar os movimentos intestinais	Necessidade de ajuda através do uso regular de urinol, comadre ou marreco para controle da defecação.	Necessidade de ajuda humana para controle da defecação (supervisão) ou usa fralda noturna somente.	Dependência total através do uso constante de fraldas
ALIMENTAR-SE Consegue apanhar a comida do prato ou equivalente e levar à boca	Independente para pegar o alimento e levá-lo até a boca.	Necessidade de ajuda através do uso de adaptadores para a alimentação	Alimenta-se sozinho exceto pela assistência para cortar a carne e passar manteiga no pão.	Dependência total para a alimentação.	

ANEXO B- DADOS DEMOGRÁFICOS E SÓCIO-CULTURAIS

Ficha nº:

Nome:

Data de Nasc.: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade: _____ religião: _____

Estado civil: _____

Renda: _____

Asilo: _____

ANEXO C- QUESTIONÁRIO DE AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL

Questionário de autoavaliação da saúde bucal, Silva & Fernandes (2001).

1 - Como você avalia sua saúde bucal?

() excelente () boa () regular () ruim () péssima

2 - Você tem algum problema com seus dentes?

() sim () não

3 - Você tem algum problema com suas gengivas?

() sim () não

ANEXO D - QUESTIONÁRIO IODD

Questionário IODD - (Locker, 1988)

Nos últimos seis meses, você apresentou algum dos seguintes problemas de origem bucal ou dentária (dor de dente, sangramento de gengiva, dentadura solta, mau hálito, obturação quebrada, feridas na boca, falta de dente, outros) que tenha lhe atrapalhado a desempenhar as seguintes funções (marque o problema com um X)?

1- Comer ou sentir o saber dos alimentos? Sim _____ Não _____.
Frequência _____ Peso _____ Por favor, descreva qual foi o problema:

2- Falar ou pronunciar as palavras corretamente? Sim _____ Não _____.
Frequência _____ Peso _____ Por favor, descreva qual foi o problema:

3- Higienizar os dentes? Sim _____ Não _____.
Frequência _____ Peso _____ Por favor, descreva qual foi o problema:

4- Dormir, relaxar, ter uma boa noite de sono? Sim _____ Não _____.
Frequência _____ Peso _____ Por favor, descreva qual foi o problema:

5- Sorrir e mostrar seus dentes sem constrangimento? Sim _____ Não _____
Frequência _____ Peso _____ Por favor, descreva qual foi o problema:

6- Manter um estado emocional equilibrado sem ficar irritado? Sim _____ Não _____
Frequência _____ Peso _____ Por favor, descreva qual foi o problema:

7- Desempenhar seu trabalho ou função social? Sim _____ Não _____.

Frequência _____ Peso _____ Por favor, descreva qual foi o problema:
_____.

8- Gostar de ter contato com as pessoas? Sim _____ Não _____.
Frequência _____ Peso _____ Por favor, descreva qual foi o problema:
_____.

Frequência (F) na qual o problema acima ocorreu:

- 1- Menos de uma vez ao mês;
- 2- Uma ou duas vezes ao mês;
- 3- Uma ou duas vezes por semana, ou intervalo de até 3 meses no total;
- 4- Três ou quatro vezes por semana, ou intervalo de até 3 meses no total;
- 5- Todo ou quase todo dia, ou intervalo de mais de 3 meses no total.

Peso (P) indica o grau de severidade atribuído pelo indivíduo:

- 0- Nenhuma gravidade;
1. muito pouco grave;
 2. pouco grave;
 3. gravidade moderada;
 4. muito grave;
 5. extremamente grave.

ANEXO E - USO E CONDIÇÕES DAS PRÓTESES DENTÁRIAS

Critérios adaptados de acordo com Colussi et al. (2004).

CÓDIGOS: _____

1- Ausência total de dentes no arco (edentulismo), sem a presença de próteses ()

2- Ausência dental de um ou mais elementos, com prejuízo estético e/ou funcional
()

3- Presença de próteses com comprometimento estético e/ou funcional (próteses quebradas, mal adaptadas, associadas a lesões na mucosa, com desgaste excessivo, sem retenção) ()

Condição da(s) protese(s): _____

ANEXO F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado: **USO DE PRÓTESE DENTÁRIA E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DE MACEIÓ-AL**, que será minha dissertação de mestrado. Esta pesquisa tem como responsáveis as pesquisadoras Profa. Dra. Arlete Oliveira(Orientadora) e Lisiana Carla Tenório de Amorim (Mestranda). Este estudo objetiva verificar o impacto do uso de prótese dentária na qualidade de vida de idosos residentes em abrigos de Maceió - Al. A pesquisa não causará nenhum prejuízo ao Sr(a) e sua colaboração é de grande importância para nós. O Sr.(a) poderá desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para tanto, retirar seu consentimento em participar da pesquisa. Esclareço que estou coletando informações sobre como se sente em relação à sua saúde bucal e fazendo avaliação do estado de sua prótese dentária.

Caso decida autorizar este estudo, inicialmente farei uma entrevista, durante a qual me responderá algumas perguntas bem simples. Realizarei também um breve exame bucal para avaliar sua prótese dentária. Mas afirmo que não usarei nenhum instrumento perfurante ou cortante. No exame serão usadas apenas gaze e/ou espátula de madeira envolta em gaze. Seu conforto e sua privacidade serão nossa maior prioridade, tanto durante o exame quanto da aplicação dos questionários. Esclareço também que estes dados ficarão sob sigilo absoluto e sob a responsabilidade da pesquisadora. Sua identidade será preservada e os dados obtidos na pesquisa contribuirão para o entendimento do estudo, os quais e serão publicados em meios científicos, como eventos e periódicos, preservando-se sempre sua identidade.

O presente estudo não apresenta riscos para o (a) Sr.(a), já que consiste em aplicação de questionário e uma simples avaliação de sua prótese dentária. Os benefícios gerados com a pesquisa serão de caráter coletivo, buscando-se identificar pontos negativos que tenham impacto na qualidade de vida do idoso a fim de auxiliar em um melhor cuidado com a saúde bucal dessa população. Caso assine este termo, consentirá também que fotos e filmagens sejam realizadas, contudo sua identidade continuará mantida sob sigilo. Entretanto, caso queira participar do estudo, mas não aceite que fotos e filmagens de sua pessoa sejam feitas, basta externar sua vontade em não se deixar fotografar ou filmar no momento da assinatura deste termo, assinalando com um "X" o item que diz: "não autorizo fotos ou filmagens". Caso assine e se arrependa depois, desde que o trabalho não tenha sido publicado, poderá desistir da liberação do uso da imagem, bastando avisar-me pessoalmente, por fone ou por email.

Garantia de ressarcimento - Não há previsão de gastos para participação na pesquisa e portanto não há previsão de ressarcimento.

Garantia de indenização e/ou reparação de danos - Não há danos previsíveis decorrentes desta pesquisa, e desta forma não há previsão de indenização.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: A pesquisadora está disponível para responder sobre todas as dúvidas que surjam sobre a pesquisa bem como sobre sua participação. Em havendo necessidade, contate-me no 82-99308 - 1881 ou pelo email: lisiana@globo.com .Deixarei com o (a) Sr. (a) uma cópia deste consentimento, devendo ser arquivado pelo responsável pelo abrigo.

Assinatura (Pesquisador):

Lisiana Carla Tenório de Amorim

CRO/AL 1925

Eu discuti a proposta do estudo com esta pesquisadora, compreendendo minhas alternativas (incluindo não participar da pesquisa, se eu assim o desejar) e dou o meu livre consentimento em participar deste estudo sem qualquer ônus de minha parte. Aclaro também que não receberei nenhum valor em dinheiro, ou de qualquer outra natureza, por minha participação nesta pesquisa.

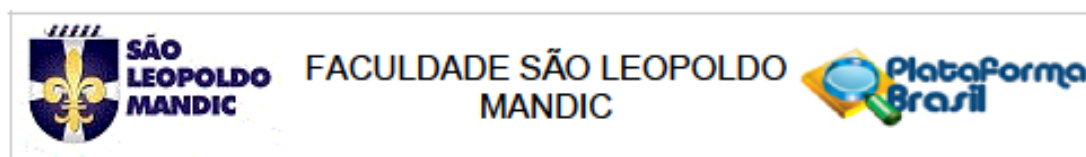
Autorizo a minha participação neste estudo e a coleta de dados.

() NÃO AUTORIZO que sejam feitos registros fotográficos ou filmagens de minha pessoa bem como também NÃO AUTORIZO O USO DE MINHA IMAGEM, MESMO QE MINHA IDENTIDADE SEJA PRESERVADA.

Assinatura: _____

Maceió, _____ de _____ de 2015.

ANEXO F - FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: USO DE PRÓTESE DENTÁRIA E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS EM MACEIÓ-ALAGOAS

Pesquisador: Lisiana Carla Tenório de Amorim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46713815.9.0000.5374

Instituição Proponente: CENTRO DE PESQUISAS ODONTOLÓGICAS SAO LEOPOLDO MANDIC SS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

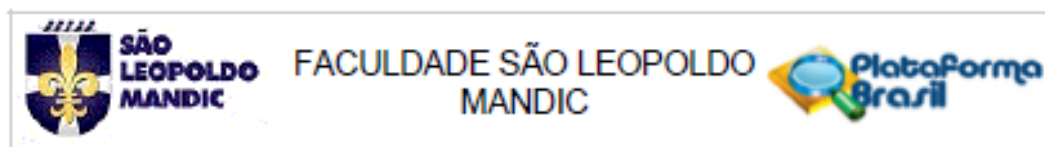
Número do Parecer: 1.241.976

Apresentação do Projeto:

Este estudo é de natureza epidemiológica, observacional e transversal. A amostra será composta por idosos institucionalizados (n=200), 60 anos ou mais, ambos os gêneros, mesma classe social, independentes ou parcialmente dependentes segundo critérios de Katz, selecionados aleatoriamente em três instituições de longa permanência (ILPI) para idosos, na cidade de Maceió, utilizando-se como critério para a escolha, as instituições públicas e mistas. Somente participarão deste estudo os indivíduos que preencherem os critérios de seleção da amostra e que aceitarem participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a coleta de dados, serão

utilizados como instrumentos de pesquisa: Indicador normativo, de acordo com a metodologia utilizada por Colussi (2004) adaptado para esse estudo, para avaliar o uso de próteses dentárias e as condições das próteses, a ser obtido por intermédio do exame bucal, e indicador subjetivo, avaliado por meio de Questionário sócio demográfico, Autoavaliação da Saúde Bucal e o Índice Odontológicos de Desempenho Diário (IODD), para avaliar a qualidade de vida. Os exames clínicos e aplicação dos questionários serão realizados pela pesquisadora, que estará devidamente treinada e calibrada para o levantamento dos dados da pesquisa. Após a coleta, os dados serão agrupados

Endereço: Rua José Rocha Junqueira Nº13
 Bairro: Swift CEP: 13.045-755
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3518-3601 Fax: (19)3211-3600 E-mail: cep@simandlc.edu.br



Continuação do Parecer: 1.241.976

e inseridos no Programa Excel 2007, para a análise conjunta dos dados normativos e subjetivos, submetidos à análise descritiva e à análise bivariada, com os testes de Qui-quadrado, Exato de Fisher e Odds ratio. As variáveis com $p < 0,20$ serão testadas na análise de regressão logística múltipla, permanecendo no modelo, aquelas com $p < 0,05$.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a necessidade da utilização de prótese dentária, a partir de indicadores subjetivos e normativos e avaliar o uso e condições de prótese dentária, como possível fator impactante na qualidade de vida de idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O presente estudo não apresenta riscos para os idosos pesquisados, já que consiste em aplicação de questionário e uma simples avaliação de sua prótese dentária.

Benefícios: Os benefícios gerados com a pesquisa serão de caráter coletivo, buscando-se identificar pontos negativos que tenham impacto na qualidade de vida do idoso a fim de auxiliar em um melhor cuidado com a saúde bucal dessa população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados adequadamente.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Solicitação de atualização de cronograma atendida.

Sem pendências ou inadequações.

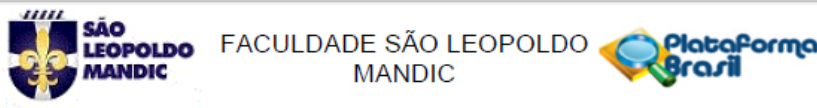
Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador deve atentar que o projeto de pesquisa aprovado por este CEP refere-se ao protocolo submetido para avaliação, ficando este isento de co-responsabilidade mediante pesquisas já realizadas. Portanto, conforme a Resolução CNS n. 466/12, o pesquisador é responsável por "desenvolver o projeto conforme delineado", e, se caso houver alteração nesse projeto, este CEP deverá ser comunicado em emenda via Plataforma Brasil, para nova avaliação. Diante das correções propostas, enviar todas as justificativas e descrição das correções em documento em anexo (Word ou PDF), assim como incorporar as mudanças no corpo do trabalho, tanto nos campos da Plataforma quanto no arquivo do projeto final anexado.

Endereço: Rua José Rocha Junqueira Nº13			
Bairro: Swift			CEP: 13.045-755
UF: SP	Município: CAMPINAS		
Telefone: (19)3518-3601	Fax: (19)3211-3600	E-mail: cep@simandic.edu.br	

Página 02 de 02

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS -
USO DE PRÓTESE DENTÁRIA EM MACEIÓ - ALAGOAS - BRASIL



Continuação do Parecer: 1.241.976

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	LAR F ASSIS.jpg	22/06/2015 17:30:02		Aceito
Outros	LAR LEAL.jpg	22/06/2015 17:32:26		Aceito
Outros	CASA DO POBRE.jpg	22/06/2015 17:34:58		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA DE ROSTO ASSINADA.jpg	24/06/2015 17:57:52		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Lisiana.doc	01/07/2015 14:38:49		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	15/09/2015 16:06:40	Lisiana Carla Tenório de Amorim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	15/09/2015 16:07:36	Lisiana Carla Tenório de Amorim	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	15/09/2015 16:11:55	Lisiana Carla Tenório de Amorim	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	15/09/2015 16:12:25	Lisiana Carla Tenório de Amorim	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_540299.pdf	22/09/2015 14:41:30		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 23 de Setembro de 2015

Assinado por:
Fabiana Mantovani Gomes França
(Coordenador)

oOo