

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

Thaís Cauduro Dallasta

**IMPACTO DA SAÚDE ORAL E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS
NA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA**

Santa Maria, RS
2016

Thaís Cauduro Dallasta

**IMPACTO DA SAÚDE ORAL E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS NA
QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Área de Concentração em Gerontologia, Linha de pesquisa em Saúde, Funcionalidade e Qualidade de Vida no Envelhecimento, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Gerontologia**.

Orientadora: Prof. Dr^a. Loiva Beatriz Dallepiane

Santa Maria, RS
2016

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Cauduro Dallasta, Thaís
IMPACTO DA SAÚDE ORAL E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS NA
QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA / Thaís Cauduro
Dallasta.- 2016.
64 p.; 30 cm

Orientador: Loiva Beatriz Dallepiane
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Educação Física e desportos, Programa de
Pós-Graduação em Gerontologia, RS, 2016

1. Qualidade de vida 2. Saúde oral 3. Envelhecimento
4. Fatores sociodemográficos 5. Fatores de saúde I.
Beatriz Dallepiane, Loiva II. Título.

© 2016

Todos os direitos autorais reservados a Thais Cauduro Dallasta. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita com autorização por escrito do autor.

Endereço: Rua Tuiuti, 2411 – Apto 401 – Santa Maria – RS – CEP: 97050-421

Fone (55) 9141-4656

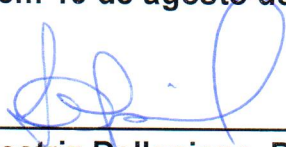
End. Eletrônico: thaiscauduro@yahoo.com.br

Thaís Cauduro Dallasta

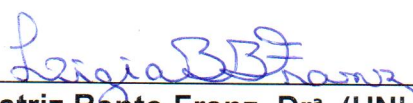
**IMPACTO DA SAÚDE ORAL E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS NA
QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO IDOSA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Área de Concentração em Gerontologia, Linha de pesquisa em Saúde, Funcionalidade e Qualidade de Vida no Envelhecimento, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Gerontologia**.

Aprovado em 19 de agosto de 2016



Loiva Beatriz Dallepiane, Dr^a.
(Presidente/Orientadora)



Ligia Beatriz Bento Franz, Dr^a. (UNIJUÍ)



Sabrina Vieira da Silva, Dr^a. (UFSM)

AGRADECIMENTOS

À DEUS, por mais uma conquista. Por me direcionar, por confirmar seus planos em minha vida. Agradeço por me sustentar em todos os momentos, principalmente os mais difíceis, proporcionando paz. A paz que somente ELE pode dar. Quem NELE CRÊ TUDO ALCANÇA!

À minha orientadora Profa. Dra. Loiva Beatriz Dallepiane, que me fez encontrar forças quando mais precisava de apoio, que me concedeu a oportunidade de estar ao seu lado desenvolvendo nosso projeto de pesquisa, pela confiança, amizade e aprendizado desenvolvidos no decorrer desse período. Para mim um exemplo, pela sua postura ética e profissional em todo o processo de construção desse estudo.

Ao grupo de convivência de idosas “Alegria de Viver”, sem as quais não seria possível a realização deste estudo. Agradeço pelos momentos vivenciados, pelas experiências e conhecimentos compartilhados. A essas cujo estímulo me levou a trabalhar efetivamente com o tema.

Aos colegas e amigos da 1ª turma de mestrado em Gerontologia da UFSM pelo companheirismo e aprendizado compartilhados.

À amiga e colega Vanessa Bischoff Medina pelo apoio, amizade e cumplicidade no decorrer do mestrado.

Aos professores do mestrado em Gerontologia, pela disponibilidade de compartilhar seus conhecimentos e pela satisfação em ver-nos produzindo, pensando e aprendendo. Também pelo empenho em levar adiante a ideia e o projeto deste curso de mestrado.

À minha família e meu namorado Fernando, minhas maiores riquezas. Aquele que possui estas riquezas jamais estará só e, nos momentos difíceis, sempre encontrará apoio para continuar caminhando e vencendo os obstáculos da vida.

Enfim a todos que diretamente ou indiretamente contribuíram para realização deste sonho, o meu “muito obrigada”!

“Fracassei em tudo o que tentei na vida.
Tentei alfabetizar as crianças brasileiras, não consegui.
Tentei salvar os índios, não consegui.
Tentei fazer uma universidade séria e fracassei.
Tentei fazer o Brasil desenvolver-se autonomamente e fracassei.
Mas os fracassos são minhas vitórias.
Eu detestaria estar no lugar de quem me venceu”.

(Darcy Ribeiro)

“Enquanto estiver vivo, sinta-se vivo.
Se sentir saudades do que fazia, volte a fazê-lo.
Não viva de fotografias amareladas...
Continue, quando todos esperam que desistas.
Não deixe que enferruje o ferro que existe em você.
Faça com que em vez de pena, tenham respeito por você.
Quando não conseguir correr através dos anos, trote.
Quando não conseguir trotar, caminhe.
Quando não conseguir caminhar, use uma bengala.

Mas nunca se detenha”.

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

Autora: Thaís Cauduro Dallasta
Orientador: Loiva Beatriz Dallepiane

Introdução: A qualidade de vida relacionada com a saúde oral é um conceito multidimensional que inclui a avaliação subjetiva da saúde oral do indivíduo, aspectos funcionais, bem-estar geral, bem-estar emocional, expectativas e satisfação com o seu auto cuidado. Além disso, é parte integrante do estado geral de saúde e bem estar. **Objetivos:** Avaliar o impacto da saúde oral e dos fatores sociodemográficos na qualidade de vida de idosas. **Métodos:** Foi realizada uma pesquisa do tipo transversal com idosas participantes de um grupo de convivência na cidade de Santa Maria –RS. Os dados foram coletados no próprio grupo de convivência por entrevistadores previamente capacitados. Foram utilizados para coleta dos dados o instrumento *Oral Health Impact Profile* (OHIP -14), e uma entrevista estruturada abordando questões sociodemográficas e de saúde. Os dados foram analisados utilizando-se o programa STATA 13.0 (Stata 13.0 for Windows; Stata Corporation, College Station, TX, USA). As análises descritivas forneceram as estatísticas das características clínicas e sociodemográficas, bem como os valores médios dos escores do OHIP-14 e seus respectivos domínios. As diferenças entre os escores médios do OHIP-14 de acordo com as variáveis clínicas e sociodemográficas foram comparadas estatisticamente através do teste de Mann-Whitney, adotando nível de significância de 5%. O projeto do estudo realizado foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria e todos os participantes assinaram um termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** Um total de 64 sujeitos foram analisados. A média de idade foi de 69,8 anos, variando de 60 a 88 anos. O IMC variou de 17,99 a 42,64 kg/m² (média de 28,28 ± 5,05 kg/m²), sendo que 53,13% (34/64) apresentava-se eutrófico conforme IMC, 15,62% (10/64) magreza ou desnutrição e 31,25% (20/64) apresentava excesso de peso de acordo com a classificação do IMC. A média de peso corporal foi de 68,7 kg, variando de 46,3 kg a 107,9 kg. As maiores médias dos escores totais do OHIP-14 foram observadas em indivíduos que possuíam baixa escolaridade (<5 anos), baixa renda familiar (≤ R\$2.500), alteração do paladar, dificuldade de sentir o gosto dos alimentos, depressivos e desnutridos. A escolaridade também se associou com escores do OHIP-14 nos domínios desconforto psicológico e incapacidade física, do mesmo modo que as alterações no paladar influenciaram também os domínios de limitação funcional e incapacidade física. Indivíduos desnutridos apresentaram piora de qualidade de vida quando comparados aos indivíduos com excesso de peso nos escores totais e no domínio de incapacidade física. **Conclusão:** As desordens orais associadas a pior qualidade de vida foram encontradas em idosas que possuíam baixa renda familiar, baixa escolaridade e que apresentavam um pior diagnóstico nutricional.

Palavras-Chave: Qualidade de vida. Saúde oral. Envelhecimento. Fatores sociodemográficos. Fatores de saúde.

ABSTRACT

Author: Thaís Cauduro Dallasta

Advisor: Loiva Beatriz Dallepiane

Introduction: The quality of life related to oral health is a multidimensional concept that includes the subjective evaluation of the oral health of the individual, functional aspects, general well-being, emotional well-being, expectations and satisfaction with their self-care. Furthermore, it is part of the general state of health and wellness. This paper is to assess the impact of oral health and sociodemographic factors in life quality of elderly people. **Methods:** A cross-sectional survey with elderly participants in a social group in Santa Maria, RS state, was performed. Data were collected in the same living group by previously trained interviewers. It was used for data collection, the instrument Oral Health Impact Profile (OHIP -14), and a structured interview addressing sociodemographic and health issues. Data were analyzed using STATA 13.0 (Stata 13.0 for Windows; Stata Corporation, College Station, TX, USA). The descriptive analysis provided the statistics of clinical and sociodemographic characteristics as well as the average values of OHIP-14 scores and their respective domains. The differences between the mean scores of OHIP-14 according to the clinical and sociodemographic variables were statistically compared using the Mann-Whitney test, adopting a significance level of 5%. The conducted study design was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Santa Maria and all participants signed a term of consent form. **Results:** A total of 64 subjects were analyzed. The average age was 69.8 years, ranging from 60 to 88 years. BMI ranged from 17.99 to 42.64 kg/m (average of 28.28 ± 5.05 kg/m²), and 53, 13% (34/64) had normal weight, 15.62% (10/64) low weight and 31.25% (20/64) had obesity according to BMI classification. The mean weight was 68.7 kg ranging from 46.3 kg to 107.9 kg. The highest average of the total scores of OHIP-14 was observed in subjects who had low education (<5 years), low income (\leq R \$ 2,500), altered taste, difficulty in feeling the taste of food, which were depressed and malnourished. Schooling also associated with OHIP-14 scores in the psychological discomfort and disability fields, just as changes in taste also influenced the areas of functional limitation and disability. Individuals malnourished worsened their quality of life when compared to individuals with excess weight in the total scores and disability domain. **Conclusion:** Oral disorders associated with worse quality of life were found in elderly women who had low family income, low education and those who had a worse nutritional diagnosis.

Key words: Life quality. Oral health. Aging. Socio demographic factors. Health factors.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CB - Circunferência do braço
IMC - Índice de massa corporal
MAN - Mini Avaliação Nutricional
MS - Ministério da Saúde
OHIP - Oral Health Impact Profile
OMS - Organização Mundial de Saúde
RS - Rio Grande do Sul
SO - Saúde Oral
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSM -Universidade Federal de Santa Maria
RR - Razão de Médias
DP – Desvio Padrão
IC – Intervalo de Confiança

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas e condições de saúde da amostra	35
Tabela 2	Análise descritiva dos escores totais e subdomínios do OHIP - 14.....	36
Tabela 3	Médias dos escores totais e subdomínios do OHIP -14 de acordo com as variáveis de condições de saúde e sociodemográficas.....	37
Tabela 4	Associação entre variáveis de condições de saúde e sociodemográficas com as médias do OHIP -14. Modelo de Regressão de Poisson Bruto e Ajustado	39

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A	Questionário sociodemográficos e de saúde	57
Apêndice B	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	58

LISTA DE ANEXOS

Anexo A	Questionário para mensurar o impacto da saúde oral na qualidade de vida/Oral Health Impact Profile (OHIP-14)	64
---------	--	----

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	12
1	INTRODUÇÃO.....	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	16
2.2	SAÚDE ORAL DOS IDOSOS	17
2.3	SAÚDE ORAL DOS IDOSOS RELACIONADA A FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE	21
2.4	QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE ORAL DE IDOSOS.....	23
3	OBJETIVOS.....	26
3.1	OBJETIVO GERAL	26
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
4	RESULTADOS	27
4.1	ARTIGO	28
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
	REFERÊNCIAS	51
	APÊNDICES	55
	ANEXOS	61

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Impacto da saúde oral e fatores sociodemográficos na qualidade de vida da população idosa”, e será apresentada ao Programa Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Santa Maria. Trata-se de uma parte de um projeto maior denominado “Limiar de detecção gustativo dos quatro sabores básicos em idosas e fatores associados”

O trabalho é apresentado em quatro partes, na ordem que segue (modelo resumido):

Parte 1: Introdução, Referencial Teórico, Objetivos, Resultados

Parte 2: Artigo- Submetido a revista *Archives of Gerontology and Geriatrics*

Parte 3: Considerações Finais e Referências

Parte 4: Apêndice e Anexos.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil vivencia importantes mudanças no perfil demográfico e na sua estrutura etária, com elevação da expectativa de vida e acentuado envelhecimento da população. As projeções indicam que em 2050 a população de idosos será de 64 milhões representando 29,7% da população total, sendo desse percentual a maioria do sexo feminino. Nessa perspectiva o Brasil será o sexto país no mundo em termos de população acima de 60 anos de idade (IBGE, 2008,2009; FIOCRUZ, 2012).

Esta mudança dramática na composição etária da população indica a necessidade de elaboração de uma política de saúde planejada para atender a população mais idosa. O envelhecimento gera um grande desafio e a necessidade de uma mudança de comportamento e de ação dos gestores da rede de atenção ao idoso. Com isso o processo de envelhecimento deve ser visto em toda sua complexidade e totalidade, levando em consideração também aspectos psicológicos, sociais e culturais nos quais o idoso vive e está inserido, não devendo mais ser entendido apenas como um fenômeno biológico (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

A partir dessa visão holística sobre o processo de envelhecimento deve-se proporcionar aos idosos, condições para que envelheçam com uma boa saúde e dentro de um ambiente saudável. Diante disso a preocupação com a qualidade de vida na velhice ganhou relevância nos últimos anos, a partir do momento em que passaram a ser experiências compartilhadas por um número crescente de indivíduos vivendo em sociedades diferentes. O grande desafio atual é proporcionar condições que promovam a saúde e que favoreçam ao idoso uma melhor qualidade de vida (CARNEIRO, 2011).

A saúde pode ser definida como um “completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Essa definição permite a afirmação de que um indivíduo, mesmo não apresentando qualquer alteração orgânica, para ser considerado saudável precisa viver com qualidade (WHO,1946).

Com base nesse conceito, a mensuração da saúde não pode mais restringir-se à ausência de doenças ou agravos e passa a ser importante considerar as diversas dimensões envolvidas, bem como as repercussões dos problemas de saúde na vida diária dos indivíduos. Diante disso a qualidade de vida pode ser definida como 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” (WHOQOL,1998).

A qualidade de vida é considerada uma condição essencialmente humana, que busca se aproximar o máximo da satisfação na vida familiar, amorosa, social e ambiental (CASSOL et al., 2012). A qualidade de vida não se limita às condições objetivas de que dispõem os sujeitos, tampouco no tempo de vida que estes possam ter, mas no significado que dão a essas condições e à maneira conforme vivem. Sob essa concepção, a percepção sobre a qualidade de vida é variável em relação a grupos ou sujeitos (DA COSTA; SAINTRAIN; VIEIRA, 2010).

Assim, vários fatores têm o potencial de influenciar a qualidade de vida de uma pessoa, e dentre eles cita-se a saúde oral. Uma boa saúde oral deve incluir ausência de dores orofaciais, mastigação adequada, facilidade de ingestão e digestão dos alimentos, contribuindo também para uma boa comunicação, sobretudo nos atos de falar e sorrir (DA COSTA; SAINTRAIN; VIEIRA, 2010).

A qualidade de vida relacionada à saúde oral, tem sido definida como um constructo multidimensional referindo-se ao impacto negativo que as enfermidades orais geram nas atividades físicas e sociais rotineiras e na autopercepção do estado de saúde oral dos indivíduos (LOCKER,1998).

As doenças orais potencializam danos a um envelhecimento bem-sucedido dos indivíduos já que a perda/ situação inadequada dos dentes compromete a mastigação, ingestão de nutrientes e a fala, levando a deficiências nutricionais, isolamento social, constrangimento psicológico e depressão com profundas repercussões em sua qualidade de vida (CAMPISI et al., 2009).

A saúde oral da maioria dos idosos no Brasil é precária, sendo que grande parte usa próteses, o número de dentes presentes na cavidade oral é pequeno e a incidência de doença periodontal é alta. No entanto, a simples avaliação das condições clínicas não responde às questões de como o próprio idoso percebe a sua condição oral e qual o efeito das más condições orais sobre a sua qualidade de vida (BIANCO et al., 2010).

Com isso, atualmente cresce o interesse em estudos sobre a influência das condições dos dentes na qualidade de vida dos idosos relacionados com as consequências que isso acarreta na sua vida física, social e psicológica. Essas avaliações são realizadas através da autopercepção, e fornecem informações

diferentes das obtidas através da avaliação clínica (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011). Desta forma vários instrumentos foram desenvolvidos para obtenção desses dados, dentre eles o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), que se utiliza de um questionário respondido por meio de entrevista e indica através de escores o grau do impacto da saúde oral em sua qualidade de vida, contemplando aspectos físicos, sociais e psicológicos. Os estudos dessa natureza têm sido complementados com dados relacionados as condições socioeconômicas e sociodemográficas, considerando a importância da influência desses nas condições de saúde, sendo dessa forma considerados como fatores determinantes de saúde e de acesso a serviços para população idosa (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O fenômeno do envelhecimento populacional é notável em países desenvolvidos e progride rapidamente nos países em desenvolvimento. O envelhecimento populacional é considerado uma das consequências da transição demográfica, isto é, do declínio das taxas de fecundidade e mortalidade associado a uma série de avanços técnicos, científicos e comportamentais (BLOOM, 2011).

Há mais de meio século, o grupo de idosos de 60 anos ou mais de idade na população brasileira tem aumentado significativamente. Em 1950, eles eram 2,6 milhões e representavam 4,9% da população total. Com um crescimento anual de 3,4% comparados a 2,2% da população em geral, em 2010 os idosos já eram 19,6 milhões e representavam 10,2% da população. Nos próximos 40 anos, esse grupo crescerá a uma taxa de 3,2% ao ano, comparada a 0,3% da população total. Como resultado, haverá 64 milhões de idosos em 2050, representando 29,7% da população total. Nessa perspectiva o Brasil será o sexto país no mundo em termos de população acima de 60 anos de idade. Esse resultado poderá afetar a economia do país com menos pessoas para produzir e gerar renda (IBGE, 2008, 2009; FIOCRUZ, 2012).

O formato tipicamente triangular da pirâmide populacional, com uma base alargada, está se transformando, dando lugar a uma pirâmide populacional com o topo alargado, característica de uma sociedade em acelerado processo de envelhecimento (IBGE, 2009).

A população idosa passa por mudança na sua estrutura interna, tanto etária quanto na proporção entre os sexos. No Brasil, de cada três pessoas com idade superior a 75 anos, duas são do sexo feminino. As mulheres vivem, aproximadamente, sete anos a mais do que os homens, e suas taxas de mortalidade são menores. Isso resulta no predomínio de mulheres na população idosa sendo este fenômeno conhecido como feminização do envelhecimento (SOARES et al., 2010).

Na visão fisiológica, o envelhecimento é um processo constante e complexo que ocorre em todos os tipos de células do organismo apresentando características diferentes em cada órgão ou sistema, mas o processo de envelhecimento não deve ser entendido somente como um fenômeno fisiológico, mas sim visto em toda sua

complexidade e totalidade, levando em consideração aspectos psicológicos, sociais e culturais nos quais o idoso está incluído (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

O envelhecimento crescente da população gera um grande desafio e a necessidade de uma mudança de comportamento e de ação dos seus dirigentes. A infra-estrutura necessária para responder as demandas desse grupo etário em termos de instalações, programas específicos e recursos humanos adequados qualitativamente e quantitativamente ainda é precária (TINÓS; PERES; RODRIGUES, 2013).

A população idosa exige cada vez mais atenção em todos os sentidos, por isso deve-se proporcionar condições que favoreçam ao idoso uma melhor qualidade de vida, promovendo a saúde e desta forma diminuindo a necessidade de uma intervenção no enfrentamento de doenças que acometem essa população.

2.2 SAÚDE ORAL DOS IDOSOS

A saúde para o indivíduo idoso pode ser descrita como a capacidade de continuar exercendo suas funções físicas e sociais com autonomia e independência. O idoso vê sua própria saúde como uma condição de sentir-se bem. Isto significa para eles mobilidade, autonomia, equilíbrio emocional e alegria por ainda sentirem-se capazes de passear, viajar e aprender (BARBOSA, 2011).

É importante investigar como as pessoas idosas percebem seus problemas de saúde e se posicionam diante deles, pois isso permite identificar valores sociais, culturais e econômicos que influenciam na sua qualidade de vida (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

A saúde oral é importante por ser parte integrante e essencial da saúde geral, e por constituir-se em um fator determinante da qualidade de vida dos idosos. As inúmeras e diferentes experiências enfrentadas ao longo da vida, mostram os diferentes valores que a saúde oral representa. Estudos que incluem a autopercepção de saúde oral permitem associar os aspectos físicos e subjetivos relacionados à boca, que podem ser influenciados por fatores sociais, econômicos, pela idade, sexo e classe social do indivíduo. Em um contexto onde a saúde, aspectos físicos e sociais estão diretamente relacionados o conceito de saúde para estes representa a imagem da sociedade em que vivem (CARDOS; BUJES, 2010).

A saúde oral (SO) é definida pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007) como a ausência de dor crônica facial, câncer oral e da orofaringe, feridas orais, defeitos congênitos orais como o lábio ou fenda palatina, doença periodontal, perda de dentes e outras doenças ou perturbações orais que afetem a cavidade oral e a boca e que limitem a capacidade do indivíduo em mastigar, sorrir e falar (BRASIL, 2012).

Conforme relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Oral (BRASIL, 1993) a saúde oral diz respeito a um conjunto de condições objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas) que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação e, também tendo em vista a dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a autoestima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento. A saúde oral é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, aos serviços de saúde e a informação.

Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) mostram que os cidadãos na faixa etária de 65 a 74 anos já perderam 93% dos seus dentes. Esses dados revelam a precariedade da saúde oral na população idosa brasileira e denunciam a falta de cuidados a que foram submetidos estes indivíduos ao longo de suas vidas (UNFER et al., 2006).

Existe relação entre envelhecimento e perda dos dentes, uma vez que os dentes das pessoas idosas estão expostos por um maior período a fatores que acarretam sua perda como cárie, doença periodontal e traumas (CARDOS; BUJES, 2010). Porém a perda total de dentes (edentulismo) ainda é aceita pela sociedade como algo normal e natural com o avanço da idade, e não como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde (CATÃO; XAVIER; PINTO, 2011).

Pode-se considerar que um indivíduo com todos os dentes tem uma capacidade de mastigação de 100%. Com a perda de um dente, essa capacidade passa a ser de 70%, podendo chegar a 25% com o uso de próteses totais (AZENHA et al., 2011).

Essa ausência de dentes interfere nas funções como mastigação, consumo de alimentos, deglutição, fala e na estética. No caso de idosos, esses fatores atuam reduzindo seu bem-estar, provocando alterações psicológicas e funcionais (ARAÚJO; LODOVICI; MERCADANTE, 2014). A deficiência mastigatória, pela atrofia dos

músculos mastigatórios interfere na deglutição, se tornando a disfagia uma queixa comum na velhice (MARCOLINO et al., 2009).

Os idosos sem nenhum contato oclusal posterior consomem menos frutas e verduras. Essas variações na alimentação resultam em menores consumos de nutrientes específicos como vitaminas e fibras. A presença de menos de seis pares de oclusão é um fator que está associado a mal nutrição em idosos (ANDRADE; CALDAS; KITOKO, 2009).

No idoso a perda dos dentes pode ter vários significados. Dentre eles mutilações ao corpo, o processo real do envelhecimento e sensação de vergonha, principalmente quando há indicação de prótese total, onde o idoso cria a expectativa de que com a prótese, terá o mesmo funcionamento comparado com a dentição natural. No entanto, com o uso de prótese o idoso encontra dificuldade de adaptação provocadas pela forma, tamanho e pelas características posturais e emocionais que ela acarreta (CARDOS; BUJES, 2010).

Os reflexos do processo de envelhecimento na mastigação são observados na perda da capacidade de controlar o bolo alimentar e da coordenação motora na lateralização dele durante o ato mastigatório, na redução da força mastigatória e na maceração dos alimentos, processo no qual o idoso sem dentes realiza amassamento, preparando o bolo diante das condições anatômicas que possui (AMARAL; SILVA; CABRAL, 2009). Devido a isso, o idoso passa a realizar estratégias de adaptação, como, por exemplo, a substituição na dieta de alimentos mais sólidos e fibrosos por alimentos menos consistentes (LIMA et al., 2009).

As células acinares responsáveis pela produção de saliva, são substituídas por gorduras ou tecido conjuntivo durante o processo de envelhecimento, isso provoca alterações estruturais nas glândulas salivares. Essas alterações podem provocar xerostomia (sensação de boca seca) que gera desconforto, maior dificuldade de deglutição e articulação de palavras assim como maior número de infecções da mucosa oral e cáries dentárias (RIVALDO et al., 2008).

A produção de saliva diminui e está correlacionada aos problemas odontológicos, pois com a diminuição da sua produção e a modificação da sua qualidade, ocorrem prejuízos no processo digestório, na preparação e coesão do bolo alimentar (ALENCAR; CURIATI, 2006).

Com a colocação das próteses dentárias, a função da mastigação se dá de forma diferente, pois mesmo que os movimentos sejam coordenados, a força para

triturar é menor. Isso torna a mordida dos alimentos mais difícil, já que não há mais o mesmo desempenho dos dentes naturais. A perda dentária leva ao detrimento sensorial da periodonto e da mucosa (FELÍCIO; CUNHA, 2005).

Tais fatores podem levar o idoso à perda da vontade de comer, do mastigar (por fadiga precoce) e do prazer no ato de alimentar-se (SILVA; GOLDENBERG, 2001). Frente a essas situações, os idosos percebem que a mastigação não é realizada com naturalidade e conforto e que há necessidade de selecionar o tipo de alimento ou a forma de consumi-lo.

Os indivíduos assim o fazem modificando a qualidade do alimento a ser ingerido e a sua consistência e quantidade, estabelecendo estratégias que facilitem a ingestão (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002). Ao mesmo tempo, a modificação da dieta que exija pouca mastigação pode provocar uma atrofia na musculatura mastigatória e a instalação de hábitos alimentares inadequados, caracterizando-se pela ingestão de alimentos com uma textura mais macia e, ao mesmo tempo, pobre em nutrientes, o que propicia o surgimento de deficiências nutricionais que comprometem o funcionamento dos diversos órgãos (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002).

Essas alterações causam repercussão na estética facial e na autoestima do idoso podendo muitas vezes levar a depressão e isolamento social (FRANK; SOARES, 2002).

As fraturas dentárias nos idosos ocorrem geralmente por cáries ou por doenças periodontais. As cáries provocam uma corrosão dental, e as doenças periodontais podem levar à reabsorção óssea, apresentando inflamações agudas ou crônicas. Isso pode ocasionar dores espontâneas durante a mastigação e a ingestão de líquidos, trazendo desconforto no momento das refeições (CATÃO; XAVIER; PINTO, 2011).

As condições orais dos idosos no Brasil variam bastante, não existindo um padrão específico por idade ou por necessidade da procura por atendimento odontológico, seja ele por procura de próteses, falta total dentária ou para um acompanhamento básico. Os impedimentos para a procura dos serviços odontológicos estão relacionados com a baixa escolaridade, baixa renda e pouca oferta de serviços públicos para idosos no Brasil, conforme analisaram Moreira et al. (2005).

As doenças orais diminuem a qualidade de vida dos indivíduos, limitando-os nas suas ações de vida diárias. A preocupação com a saúde oral dos idosos cresce

devido ao envelhecimento da população mundial. Os danos observados quanto às doenças orais incidem mais com o aumento da idade, quando ocorre uma maior procura por próteses, as quais não são oferecidas nos serviços de saúde pública brasileiro (PETERSEN, 2003).

Quanto mais longa é a vida média da população, mais importante se torna o conceito de qualidade de vida, e a saúde oral tem um papel relevante nesse contexto. A saúde oral comprometida pode afetar o nível nutricional, o bem-estar físico e mental e diminuir o prazer de uma vida social ativa (GUIMARÃES et al., 2005).

Assim, conhecer a condição de saúde oral dos idosos corresponde a um importante meio de identificar quais os problemas orais existentes, trazendo subsídios para que as políticas públicas possam atuar na promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde oral dessa população (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

2.3 SAÚDE ORAL DOS IDOSOS RELACIONADA A FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE

Para os idosos, há um conjunto de situações que impedem ou não facilitam a utilização de serviços de saúde oral. Entre estas, estão as dificuldades econômicas, culturais, e sociais (ABREU et al., 2008).

Nem todos os idosos possuem condições financeiras de arcar com os custos do tratamento odontológico, principalmente o protético. Aliam-se a esta situação a necessidade de deslocamentos e a ajuda de terceiros (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002). Além disso, embora exista déficit de atendimento a idosos, muitos não buscam atendimento nos serviços públicos, pois são desestimulados pela demora e pela qualidade dos serviços prestados. Nestes locais, os idosos constituem um grupo de menor prioridade (ARAÚJO; LODOVICI; MERCADANTE, 2014).

Especificamente no Brasil, uma das características marcantes da população idosa é o baixo poder aquisitivo, fato que, certamente, resulta na aquisição de alimentos de custo mais acessível e contribui para a monotonia da alimentação. (RIBEIRO et al., 2009). A população idosa economicamente menos favorecida é a mais afetada possivelmente por depender do sistema de saúde público, com menor recurso e pouca informação (BARBATO et al., 2007).

A maioria dos idosos faz uso de pelo menos um medicamento, e aproximadamente 30% deles consomem cinco ou mais simultaneamente. O uso de

múltiplos medicamentos influencia na ingestão de alimentos, na digestão, na absorção e na utilização de diversos nutrientes, podendo comprometer o estado de saúde e as necessidades nutricionais dos idosos (NÓBREGA; KARNIKOWSKI, 2005).

Certos medicamentos podem afetar os sinais de gustação e olfação em vários níveis, incluindo receptores periféricos, vias neurais quimioceptoras e/ou cerebrais. Drogas excretadas na saliva podem potencializar os efeitos adversos nas sensações gustativas tanto pela modificação dos mecanismos de transdução quanto pela produção própria de algum sabor, sendo responsáveis pela perda de paladar (NÓBREGA; KARNIKOWSKI, 2005).

O uso de medicações por idosos como antidepressivos, anti-hipertensivos, diuréticos, antiácidos, antirreumáticos, antiarrítmicos cardíacos, laxantes e imunossupressores podem reduzir o fluxo salivar ocasionando xerostomia, estomatite, aftas, ulcerações e alterações no paladar (RIBEIRO et al., 2009).

No envelhecimento, também ocorre um declínio do nível de higiene oral e um aumento da incidência de doenças orais. Isso se alia à diminuição da capacidade motora, baixa autoestima, da falta de estímulo para a realização de cuidados orais e da incapacidade de realizar a própria higiene oral (MELLO; PADILHA, 2000).

A dor oro facial é um dos grandes problemas de saúde oral e pode ter um impacto negativo na alimentação das pessoas idosas. Consequentemente, pode levar à má nutrição, perda de peso, diminuição da massa muscular, à osteoporose, incapacidade funcional e, por sua vez, a uma diminuição da qualidade de vida (PETERSON; UEDA, 2006).

O uso de próteses dentárias tem como objetivo diminuir o impacto dos problemas relacionados a perda de dentes e, em última análise, melhorar a qualidade de vida. Porém, caso as próteses dentárias não sejam sujeitas a uma boa higiene diária e não forem retiradas da boca frequentemente, podem interferir com a sensação do paladar, com a percepção do cheiro e consequentemente com a alimentação (VARGAS; KRAMAROW; YELLOWITZ, 2001).

As disfunções de paladar e olfato tendem a começar ao redor dos 60 anos de idade e se tornam mais graves nas pessoas acima de 70 anos de idade. Como a estimulação do paladar e odor induzem a alterações metabólicas, tais como secreções salivares, de ácido gástrico e pancreáticas, assim como aumentos nos níveis plasmáticos de insulina, a estimulação sensorial diminuída pode prejudicar esses

processos metabólicos, podendo levar à diminuição da ingestão de alimentos (ESCOTT STAMP; MAHAN; RAYMOND, 2013).

Acima de 60 anos há uma redução significativa do número de botões gustativos numa papila gustativa, o que ocasiona alterações no limiar gustativo sendo necessário uma maior concentração de doce, salgado, ácido e amargo para que o idoso possa distinguir os sabores. A redução da sensibilidade por sabores primários, como o doce, o amargo e o ácido, no idoso apresenta considerável importância na diminuição do consumo alimentar (CARDOS; BUJES, 2010).

2.4 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE ORAL DE IDOSOS

A Organização Mundial da Saúde (WHO,1946) define saúde como um “completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Essa definição permite a afirmação de que um indivíduo, mesmo não apresentando qualquer alteração orgânica, para ser considerado saudável precisa viver com qualidade.

Portanto, com base nesse conceito, a mensuração da saúde não pode mais restringir-se à ausência de doenças ou agravos e passa a ser importante considerar as diversas dimensões envolvidas, bem como as repercussões dos problemas de saúde da vida diária dos indivíduos. Diante disso a qualidade de vida pode ser definida como 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”* (WHOQOL,1998).

A preocupação com a qualidade de vida na população idosa tornou-se crescente nas últimas décadas. Trata-se de um conceito complexo que admite diversidade de significados, com variadas abordagens teóricas e inúmeros métodos para medida do conceito (KIMURA; SILVA, 2009).

A qualidade de vida relacionada à saúde oral, é definida como um constructo multidimensional referindo-se ao impacto negativo que as enfermidades orais geram nas atividades físicas e sociais rotineiras e na autopercepção do estado de saúde oral dos indivíduos (LOCKER,1998). As condições orais, sabidamente, refletem nas condições físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos (MOREIRA et al., 2005).

A saúde oral historicamente foi avaliada por meio de critérios exclusivamente clínicos, os quais não permitiam a determinação do real impacto dos problemas orais

na vida dos indivíduos. A necessidade de determinar a repercussão integral de alterações presentes na cavidade oral levou ao desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde oral (LOURES; PORTO, 2008).

Indicadores subjetivos de saúde oral permitem captar as percepções dos indivíduos sobre a própria saúde oral e o impacto dessa na sua qualidade de vida. Os indicadores subjetivos de saúde oral compreendem a capacidade mastigatória, sintomas de dor, impactos psicológicos e outros sintomas orais (CATÃO; XAVIER; PINTO, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece como parte importante do Programa de Saúde Oral Mundial as dimensões funcionais e psicológicas da saúde oral que integram a saúde geral e o bem-estar (SISCHO; BRODER, 2011). Desta forma, a avaliação da autopercepção da qualidade de vida relacionada à saúde oral tem ganhado destaque na literatura sendo amplamente recomendada como um complemento aos parâmetros clínicos no planejamento de políticas de saúde pública, para a eleição de serviços e na avaliação dos desfechos de estratégias de saúde oral (SISCHO; BRODER, 2011).

A Saúde Oral é um dos domínios da saúde geral que pode afetar o funcionamento da pessoa idosa. Os problemas de saúde oral são reconhecidos como importantes causadores de um impacto negativo nas atividades diárias, provocando dor, sofrimento, constrangimentos psicológicos e privações sociais (MENEZES, 2008).

Em última análise, uma autopercepção da condição oral diminuída pode levar à ausência de cuidado oral diário, necessidade de tratamento odontológico e, conseqüentemente a uma saúde oral pobre. Neste sentido, os problemas de saúde oral refletem-se negativamente na qualidade de vida e auto estima da pessoa idosa (PALMER et al., 2010).

As limitações dos domínios físico, cognitivo e funcional, aliadas aos mitos enraizados no sistema de crenças acerca da velhice e envelhecimento e, de que já não merecem receber todos os cuidados de saúde, prejudicam a sua saúde oral. Esta é geralmente subvalorizada nesta população, podendo causar dor e sofrimento, bem como dificuldades na fala, mastigação e deglutição e, em última análise, diminuir a sua qualidade de vida (VARGAS; KRAMAROW; YELLOWITZ, 2001).

A saúde oral é uma parte integrante da saúde geral e contribui para a qualidade de vida relacionada com a saúde, quando a saúde oral está comprometida, a saúde

em geral e a qualidade de vida podem estar diminuídas (PETERSON; YAMAMOTO, 2005).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto da saúde oral e dos fatores sociodemográficos na qualidade de vida de idosas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- * Identificar as condições de saúde e o perfil sociodemográfico;
- * Avaliar a saúde oral e qualidade de vida;
- * Verificar a associação entre dados sociodemográficos, condições de saúde e qualidade de vida relacionados a saúde oral.

4 RESULTADOS

Os resultados bem como a metodologia utilizada neste estudo, estão organizados sob forma de um manuscrito científico que será submetido à revista *Archives of Gerontology and Geriatrics*.

4.1 ARTIGO

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE ORAL EM IDOSAS E SUA ASSOCIAÇÃO COM FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE

Thaís Cauduro Dallasta^a

Loiva Beatriz Dallepiane^a

^a Programa de pós-Graduação em Gerontologia, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria, RS, Brasil.

Corresponding Author:

Thaís Cauduro Dallasta

Av. Roraima, prédio, 22 - Camobi, Santa Maria – RS – Brasil CEP 97105-900

E-mail: thaiscauduro@yahoo.com.br

RESUMO

Nas últimas décadas, houve um aumento do interesse sobre a qualidade de vida relacionada à saúde oral de idosos, o que se deve ao fato das doenças orais comprometerem significativamente os aspectos físicos, emocionais e sociais destes indivíduos, sendo a saúde oral considerada parte integrante do estado geral de saúde e bem estar. O objetivo desse estudo foi avaliar fatores que podem influenciar na qualidade de vida relacionada a saúde oral de idosas com faixa etária entre 60 a 88 anos participantes de um grupo de convivência na cidade de Santa Maria -RS. Foram utilizados para coleta dos dados o instrumento Oral Health Impact Profile (OHIP -14), e um questionário abordando fatores sociodemográficas e de saúde produzido pelo próprio pesquisador. Participaram 64 idosas da pesquisa. Os resultados mostraram que indivíduos que possuíam baixa escolaridade (< 5anos), baixa renda familiar (≤ R\$2.500), alteração do paladar, dificuldade de sentir o gosto dos alimentos, que eram depressivos e desnutridos possuíam maior impacto das desordens orais relacionadas a qualidade de vida. Conclui-se que as condições sociodemográficas e de saúde tem impacto na qualidade de vida relacionada a saúde oral das pessoas idosas principalmente naquelas com menor escolaridade e menor renda familiar.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Saúde oral. Envelhecimento. Fatores sociodemográficos. Fatores de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil vivencia um aumento expressivo no número de idosos nas últimas décadas, o que influencia novos estudos à esta faixa etária, englobando pesquisas de envelhecimento e qualidade de vida desta população. O incremento na expectativa e na qualidade de vida dos idosos está relacionado tanto à evolução da tecnologia e da medicina, quanto à convivência destes em grupos, incluindo atividades físicas e de lazer, aspectos emocionais e comportamentais (Veras, 2009).

Pode-se dizer que a qualidade de vida relacionada com a saúde é um conceito centrado na avaliação subjetiva do indivíduo, ligado ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo de viver plenamente (Reza; Nogueira, 2008).

Vários fatores têm o potencial de influenciar a qualidade de vida de uma pessoa, incluindo a saúde oral dela. Uma boa saúde oral deve incluir ausência de dores orofaciais, mastigação adequada, facilidade de ingestão e digestão dos alimentos (Da Costa, Saintrain & Vieira, 2010).

Apesar de seu surgimento relativamente recente, a qualidade de vida relacionada com a saúde oral tem implicações importantes para a prática clínica e a pesquisa odontológica (Bennadi & Reddy, 2013). É um conceito multidimensional que inclui a avaliação subjetiva da saúde oral do indivíduo, aspectos funcionais, bem-estar geral e bem-estar emocional, expectativas e satisfação com o seu autocuidado. Além disso, é uma parte integrante do estado geral de saúde e bem-estar.

Os problemas de saúde oral são reconhecidos como importantes causadores de um impacto negativo nas atividades diárias, provocando dor, sofrimento, constrangimentos psicológicos e privações sociais. Em última análise, uma auto-percepção da condição oral diminuída pode levar à ausência de cuidado oral diário, necessidade de tratamento odontológico e, conseqüentemente a uma saúde oral pobre. Com isso, os problemas de saúde oral refletem-se negativamente na qualidade de vida e auto-estima da pessoa idosa (Gabardo, Moysés & Moysés, 2013).

A garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade para população idosa, incluindo serviços odontológicos apresenta-se como novo desafio para o planejamento da atenção à saúde. A avaliação da saúde oral dos idosos, assume na atualidade relevância científica e social pela necessidade de sustentar programas promotores de uma efetiva saúde oral e da qualidade de vida para essa população (Pilger, Menon & Mathias, 2011). A saúde oral da maioria dos idosos no Brasil é

precária, grande parte usa próteses, o número de dentes presentes na cavidade oral é pequeno e a incidência de doença periodontal é alta. No entanto, a simples avaliação das condições clínicas não responde às questões de como o próprio idoso percebe a sua condição oral e qual o efeito das más condições orais sobre a sua qualidade de vida (Bianco et al., 2010).

Com isso atualmente cresce o interesse em estudar a influência das condições dos dentes na qualidade de vida dos idosos relacionados com as consequências que isso acarreta na sua vida física, social e psicológica. Essas avaliações são realizadas através da autopercepção, e fornecem informações diferentes das obtidas através da avaliação clínica (Pilger, Menon & Mathias, 2011).

Desta forma vários instrumentos foram desenvolvidos para obtenção desses dados, dentre eles o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), que se utiliza de questionário respondido pelo próprio indivíduo e indica através de escores o grau do impacto da saúde oral em sua qualidade de vida, contemplando aspectos físicos, sociais e psicológicos. Estudos dessa natureza tem sido complementados com dados relacionados as condições socioeconômicas e sociodemográficas, considerando a importância da influência desses nas condições de saúde, sendo dessa forma considerados como fatores determinantes de saúde e de acesso a serviços para população idosa (Pilger, Menon & Mathias, 2011).

Nesse sentido, a realização desse estudo tem como objetivo avaliar o impacto da saúde oral e dos fatores sociodemográficos na qualidade de vida de idosos. E verificar a associação entre dados sociodemográficos, condições de saúde e qualidade de vida relacionados a saúde oral. Esses dados auxiliam na identificação dos problemas subjacentes à queixa envolvendo o cuidado de maneira integral, fornecendo subsídios para implantação de políticas públicas voltadas aos idosos.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 DELINEAMENTO E POPULAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa caracterizou-se como um estudo quantitativo, do tipo transversal envolvendo 100 indivíduos com faixa etária de 60 anos ou mais, residentes na cidade de Santa Maria -RS, participantes de um grupo de convivência denominado “Alegria de Viver”.

Foram excluídos da pesquisa de acordo com os critérios de exclusão: homens idosos, idosos que recusaram-se a participar do estudo, mulheres participantes do grupo que estavam afastadas por motivo de internação hospitalar, que possuíam algum tipo de dependência física, que apresentavam alguma patologia da cavidade oral, ou que estavam em tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia, restando dos 100 participantes apenas 64. Aqueles que concordaram em participar do estudo assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM sob o C.A.A.E nº49661615.0.0000.5346. A coleta dos dados foi realizada no período compreendido entre novembro de 2015 a dezembro de 2015, no local das atividades do grupo, em dias marcados para as atividades normais, sendo realizado na forma de entrevista.

2.2 VARIÁVEIS DEPENDENTES

A variável dependente utilizada neste estudo foi o instrumento OHIP-14 -Oral Health Impact Profile que relaciona qualidade de vida à saúde oral. O OHIP foi desenvolvido inicialmente no idioma inglês e em diferente contexto sociocultural, tendo sido traduzido para mais de 15 idiomas, incluindo o espanhol. Para a adaptação do instrumento à realidade brasileira, foi realizada a tradução transcultural. A validação do instrumento demonstrou propriedades psicométricas semelhantes aos originais. O questionário OHIP-14 é muito utilizado para indicar os aspectos da qualidade de vida mais afetados pelo estado de saúde oral (Slade,1997) (Anexo A).

A aplicação do questionários foi realizada na forma de entrevista estruturada pelos pesquisadores individualmente no próprio local onde ocorria os encontros. As perguntas eram lidas para o entrevistado e explicadas para melhor entendimento.

O questionário é constituído de catorze perguntas, duas para cada uma das sete dimensões do instrumento. O desenvolvimento deste instrumento teve como base o modelo de Locker (1988), utilizando-o para definir sete dimensões de impacto oral: Limitação Funcional (itens 1 e 2), Dor (itens 3 e 4), Desconforto Psicológico (itens 5 e 6), Incapacidade Física (itens 7 e 8), Incapacidade Psicológica (itens 9 e 10), Incapacidade Social (itens 11 e 12) e Incapacidade (itens 13 e 14). Tal abrangência de abordagem é importante e adequada, considerando que uma doença pode produzir impacto em uma ou mais dimensões da vida das pessoas ou eventualmente em todas

elas. Cada dimensão reflete o impacto da condição oral geral em determinados aspectos, nomeadamente:

a) A dimensão Limitação Funcional inclui perguntas relativamente à dificuldade na fala e na diminuição da sensibilidade do paladar; b) Na dimensão da Dor, questiona-se acerca da sensação de dor experienciada, bem como do incomodo no ato de comer; c) Quanto à dimensão Desconforto Psicológico, explora-se a preocupação e o stress que a condição oral poderá provocar; d) A dimensão Incapacidade Física refere-se ao possível prejuízo na alimentação e na necessidade de interromper as refeições; e) Na dimensão Incapacidade Psicológica, questiona-se acerca da dificuldade em relaxar e do sentimento de vergonha relativa à condição oral; f) Na dimensão Incapacidade Social, esta inclui perguntas acerca do impacto da condição oral nas relações com os outros e na dificuldade em realizar as atividades diárias; g) E a dimensão Incapacidade, explora a percepção da pessoa acerca do impacto da condição oral na sua vida e na incapacidade em desenvolver as suas atividades diárias.

As questões, fazem referência a problemas de saúde oral geral que as pessoas tenham vivenciado nos últimos doze meses. Para cada questão, existem cinco opções de resposta (nunca=0, raramente=1, às vezes=2, constantemente=3 e sempre=4). A pontuação vai de 0 a 8 em cada domínio, ou seja de 0 a 4 pontos para cada dimensão. A gravidade é aferida pela soma de todos os escores, variando de 0 a 56, sendo que quanto maior o escore, maior é o impacto decorrente das desordens orais sobre a qualidade de vida.

2.3 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

As variáveis independentes utilizadas nesse estudo foram as variáveis sociodemográficas e variáveis de condições de saúde. As variáveis foram investigadas por meio de entrevista estruturada direta e individual através de formulário específico. O formulário foi criado pelas próprias pesquisadoras levando em consideração questões relevantes ao tema e a população a ser estudada.

Variáveis sociodemográficas investigadas: sexo, idade, renda familiar, escolaridade;

Variáveis de condições de saúde investigadas: se faz uso de prótese ou dentadura, se a prótese causa desconforto, alteração no paladar, alteração no sabor

dos alimentos, se sofre com stress psicológico ou depressão e variáveis antropométricas.

As variáveis antropométricas utilizadas foram: circunferência do braço, peso corporal, estatura e o índice de massa corporal (IMC). O peso corporal dos participantes foi aferido em balança portátil digital da marca Sunrise® previamente calibrada, com capacidade de aferição de 130 Kg, instalada em local afastado da parede, com superfícies planas, firmes e lisas. Para a mensuração do peso corporal a pessoa examinada foi orientada a utilizar vestimentas leves, retirar adereços e calçados, posicionar-se no centro da plataforma da balança, com o peso distribuído uniformemente entre os dois pés, mantendo-se ereta, sem movimentar-se e com os braços estendidos ao longo do corpo. O resultado foi indicado em (kg).

A estatura foi obtida com a fixação da fita métrica em uma superfície vertical sem rodapés a um ponto médio de 50 cm do chão, com o auxílio de fitas adesivas e um esquadro. A fita métrica foi fixada na parede e colocado um esquadro no ponto mais alto da cabeça, comprimindo os cabelos. Foi aferida com as idosas em posição vertical, descalças, com os pés unidos e em paralelo, com os braços estendidos ao longo do corpo e a cabeça ereta olhando para o horizonte no plano de Frankfurt. O resultado foi indicado em metros (m).

Após obtenção do peso corporal e estatura, determinou-se o índice de massa corporal (IMC) pela razão entre o peso corporal atual e a estatura ao quadrado (Kg/m^2). Para os critérios de avaliação do IMC foi utilizado os pontos de corte de acordo (NSI,1994), onde classificam-se os indivíduos idosos com IMC menor ou igual que $22 \text{ kg}/\text{m}^2$ em magreza ou desnutrição, maior que 22 e menor que $27 \text{ kg}/\text{m}^2$ em eutrofia e maior ou igual que $27 \text{ Kg}/\text{m}^2$ em excesso de peso.

Na aferição da circunferência do braço (CB), as idosas ficaram em pé com as palmas das mãos voltadas para coxas. Esta foi realizada com a fita métrica inelástica, marca Sanny® colocada em torno do ponto médio do braço, utilizando-se como referência o percentil 50º para idosos até 75 anos (FRISANCHO,1981) e classificação conforme Burr e Phillips,1984 para idosos acima de 75 anos. O valor da circunferência foi obtido em centímetros (cm).

2.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados utilizando-se o programa STATA 13.0 (Stata 13.0 for Windows; Stata Corporation, College Station, TX, USA). As análises descritivas forneceram as estatísticas das características de saúde e sociodemográficas, bem como os valores médios dos escores do OHIP-14 e seus respectivos domínios. As diferenças entre os escores médios do OHIP-14 de acordo com as variáveis de saúde e sociodemográficas foram comparadas estatisticamente através do teste de Mann-Whitney, adotando nível de significância de 5%. Neste estudo, os escores do OHIP-14 (desfecho) foram considerados como variável de contagem e modelos de regressão de Poisson simples e múltiplo foram utilizados para verificar sua associação com as demais variáveis preditoras. A análise resultou no cálculo da razão de médias com seus respectivos intervalos de confiança (RR; IC95%) como medida de associação. A RR corresponde a razão da média aritmética do OHIP-14 entre diferentes categorias das variáveis preditoras. A construção do modelo múltiplo considerou como critério de entrada somente as variáveis que obtiveram um valor de p mínimo de 0,20 na análise simples, elas permaneceram no modelo final quando apresentaram o valor de p um valor mínimo de 0,05 após o ajuste. Em relação as variáveis antropométricas, a única que permaneceu no modelo final como significativa, ou seja com valor de p mínimo 0,05 foi a circunferência do braço, as outras foram excluídas pois apresentaram um valor de p de 0,20.

3 RESULTADOS

Um total de 64 idosas participaram do estudo. A idade variou de 60 a 88 anos com uma média de $69,8 \pm 7,31$ anos. O IMC variou de 17,99 a $42,64 \text{ kg/m}^2$ com média de $28,28 \pm 5,05 \text{ kg/m}^2$, sendo que 53,13% (34/64) classificavam-se conforme IMC em eutrofia, 15,62% (10/64) em magreza ou desnutrição e 31,25% (20/64) classificavam-se conforme IMC em excesso de peso. A média de peso corporal foi de 68,7 kg e $\pm 13,3$, variando de 46,3 kg a 107,9 kg.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e as condições de saúde da amostra. Observa-se que a maioria das idosas possuía uma renda familiar menor que 3 salários mínimos, haviam estudado 5 anos ou mais, não apresentavam sintomas de depressão, faziam uso de prótese dentária apresentando desconforto,

não apresentavam alterações no paladar e dificuldade em sentir o gosto dos alimentos e encontravam-se em eutrofia segundo a circunferência do braço.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e condições de saúde da amostra. Santa Maria -RS, Brasil. 2015 (n=64 indivíduos)

Variáveis	N	%
Renda Familiar (salário mínimo - SM) *		
> 3 SM	23	35,94
≤ 3 SM	41	64,06
Escolaridade (anos de estudo)		
≥ 5 anos	52	81,25
< 5 anos	12	18,75
Depressão		
Sem depressão	55	85,94
Com depressão	09	14,06
Uso de prótese dentária		
Sim	55	85,94
Não	09	14,06
Desconforto com prótese (n =55)		
Sim	30	54,55
Não	25	45,45
Alteração no paladar		
Não	49	76,56
Sim	15	23,44
Dificuldade em sentir gosto do alimento		
Não	54	84,37
Sim	10	15,63
Circunferência do braço		
Desnutridos	10	15,62
Excesso de peso	20	31,25
Eutróficos	34	53,13

*Valor do Salário mínimo em novembro/2015 = R\$ 788,00

A Tabela 2 demonstra os valores médios e a variação dos escores do OHIP-14 na amostra. Os valores para os escores totais do OHIP-14 variaram de 0 a 28, com média de $9,78 \pm 6,66$. Pode-se observar ampla variação nos escores de acordo com cada domínio, sendo que não houve efeito *ceiling* nas respostas. O domínio que apresentou maiores valores foi o da 'Dor física', seguido pelo 'Desconforto psicológico' e 'Incapacidade física'.

Tabela 2 - Análise descritiva dos escores totais e subdomínios do OHIP-14. Santa Maria - RS, Brasil.2015.

	Número de itens	Média dos escores (DP)	Varição possível	Varição observada
OHIP-14 (escore total)	14	9,78 (6,66)	0 – 56	0 – 28
Subdomínios				
Limitação funcional	2	1,05 (1,47)	0 – 8	0 – 6
Dor física	2	1,98 (1,41)	0 – 8	0 – 6
Desconforto psicológico	2	1,83 (1,92)	0 – 8	0 – 6
Incapacidade física	2	1,63 (1,53)	0 – 8	0 – 5
Incapacidade psicológica	2	1,41 (1,45)	0 – 8	0 – 6
Incapacidade social	2	1,08 (1,30)	0 – 8	0 – 4
Incapacidade	2	0,81 (1,33)	0 – 8	0 – 4

Fonte (OHIP-14: Versão Brasileira do *Oral Health Impact Profile*).

Conforme Tabela 3, houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos escores totais e subdomínios do OHIP-14 de acordo com variáveis das condições de saúde e sociodemográficas. Maiores médias dos escores totais do OHIP-14 foram observadas em indivíduos com piores renda familiar, menor escolaridade, que apresentavam sinais de depressão, alteração no paladar, desnutridos e que apresentavam dificuldade de sentir o gosto de alguns alimentos. A escolaridade também foi associada com escores de OHIP-14 nos domínios desconforto psicológico e incapacidade social. Do mesmo modo, as alterações no paladar influenciaram também os domínios de limitação funcional e incapacidade física; resultados similares podem ser observados no que se refere à dificuldade em sentir o gosto de alimentos sendo que esta variável influenciou negativamente o domínio Limitação funcional e Incapacidade psicológica. Indivíduos desnutridos também apresentavam piora de qualidade de vida quando comparados aos indivíduos com excesso de peso nos escores totais e no domínio de incapacidade física.

Tabela 3 - Médias dos escores totais e subdomínios do OHIP-14 de acordo com variáveis de condições de saúde e sociodemográficas. Santa Maria- RS, Brasil (n=64 indivíduos).

Variáveis	OHIP-14	LF	DF	DP	IF	IP	IS	I
Renda Familiar	*							
> 3 SM	8,22 (5,48)	0,87 (1,29)	1,87 (1,36)	1,69 (1,79)	1,13 (1,32)	1,30 (1,26)	0,78 (1,24)	0,56 (1,16)
≤ 3 SM	10,66 (7,15)	1,15 (1,57)	2,05 (1,45)	1,90 (2,01)	1,90 (1,58)	1,46 (1,57)	1,24 (1,32)	0,95 (1,41)
Escolaridade (anos de estudo) *				*				*
≥ 5 anos	8,98 (6,56)	0,98 (1,46)	2,02 (1,49)	1,56 (1,89)	1,52 (1,50)	1,29 (1,40)	0,92 (1,26)	0,69 (1,24)
< 5 anos	13,25 (6,19)	1,33 (1,56)	1,83 (1,03)	3,00 (1,65)	2,08 (1,62)	1,92 (1,62)	1,75 (1,29)	1,33 (1,61)
Depressão	*							
Sem depressão	8,74 (5,63)	1,00 (1,45)	1,89 (1,41)	1,68 (1,97)	1,42 (1,52)	1,21 (1,21)	0,82 (1,06)	0,71 (1,23)
Com depressão	11,78 (9,02)	1,33 (2,06)	1,56 (1,33)	2,78 (2,11)	1,55 (1,74)	2,33 (1,94)	1,44 (1,33)	0,78 (1,39)
Uso de prótese dentária								
Sim	8,89 (6,60)	0,55 (0,88)	2,56 (1,24)	1,78 (1,64)	1,33 (1,32)	1,44 (1,74)	0,67 (1,41)	0,55 (1,13)
Não	9,92 (6,72)	1,13 (1,54)	1,89 (1,42)	1,84 (1,98)	1,67 (1,56)	1,40 (1,42)	1,14 (1,28)	0,85 (1,37)
Desconforto com prótese								
Sim	10,73 (7,12)	1,30 (1,66)	2,00 (1,46)	1,90 (1,83)	1,80 (1,49)	1,60 (1,45)	1,33 (1,32)	0,80 (1,40)
Não	8,23 (5,95)	0,73 (1,22)	1,69 (1,35)	1,73 (2,20)	1,35 (1,65)	1,08 (1,35)	0,85 (1,22)	0,81 (1,33)
Alteração no paladar *	*				*			
Não	8,43 (5,17)	0,69 (1,17)	1,86 (1,32)	1,73 (1,81)	1,39 (1,48)	1,16 (1,16)	0,92 (1,13)	0,67 (1,25)
Sim	14,20 (8,98)	2,2 (1,78)	2,4 (1,64)	2,13 (2,29)	2,40 (1,45)	2,20 (2,01)	1,60 (1,68)	1,27 (1,53)
Dificuldade em sentir gosto *	*					*		
Não	9,04 (5,90)	0,75 (1,19)	1,92 (1,37)	1,87 (1,94)	1,47 (1,47)	1,21 (1,31)	1,06 (1,25)	0,75 (1,27)
Sim	13,90 (9,31)	2,7 (1,83)	2,10 (1,59)	1,80 (1,93)	2,40 (1,71)	2,40 (1,90)	1,30 (1,64)	1,20 (1,68)
Circunferência do braço *					*			
Desnutridos	10,80 (6,81)	0,80 (1,14)	2,80 (1,47)	1,60 (1,58)	2,00 (1,24)	1,30 (1,64)	1,40 (1,64)	0,90 (1,28)
Excesso de peso	7,25 (5,86)	0,85 (1,56)	1,70 (1,52)	1,55 (1,84)	0,85 (1,27)	1,00 (1,34)	0,65 (0,88)	0,65 (1,22)
Eutróficos	10,97 (6,82)	1,23 (1,52)	1,91 (1,26)	2,06 (2,07)	1,97 (1,60)	1,67 (1,45)	1,24 (1,37)	0,88 (1,43)

Fonte (OHIP-14: Escores totais; LF: Limitação funcional; DF: Dor física; DP: Desconforto psicológico IF: Incapacidade física; IP: Incapacidade psicológica; IS: Incapacidade social; I: Incapacidade)

*Valor de $p \leq 0,05$: teste de Mann-Whitney. Variável circunferência do braço valor de p do teste de Kruskal-Wallis.

A Tabela 4 apresenta os resultados dos modelos de regressão de Poisson simples e ajustado. A análise simples demonstrou que apenas as variáveis uso de prótese e desconforto com o uso da prótese não estavam associadas com o desfecho. Após o ajuste, as variáveis nível de escolaridade, alteração no paladar e circunferência do braço mantiveram-se estatisticamente associadas às médias de escore total do OHIP-14. Por exemplo, indivíduos que tinham nível de escolaridade inferior a 5 anos de estudo, apresentavam uma média 1,47 vezes maior de OHIP-14 quando comparados aos indivíduos que tinham 5 anos ou mais de escolaridade (RR:1,47; IC95%: 1,23-1,77). Do mesmo modo, piores níveis de qualidade de vida relacionada à saúde oral (isto é, maiores médias de OHIP-14) foram observados em sujeitos com alteração de paladar e com desnutrição quando comparados aos sujeitos sem essas alterações.

Tabela 4 - Associação entre variáveis de condições de saúde e sociodemográficas com as médias do OHIP-14. Modelo de Regressão de Poisson bruto e Ajustado. Santa Maria -RS, Brasil.

Variáveis	RR ^a (IC 95%)	P	RR ^b (IC 95%)	P
Renda Familiar			*	
> R\$2.500	1			
≤ R\$2.500	1,29 (1,09-1,53)	0,03		
Escolaridade (anos de estudo)				
≥ 5 anos	1		1	
< 5 anos	1.47 (1,23-1,77)	<0,01	1.36 (1,13-1,64)	0,01
Depressão			*	
Sem depressão	1			
Com depressão	1,35 (1,08-1,68)	<0,01		
Uso de prótese dentária			**	
Sim	1			
Não	1,12 (0,88-1,41)	0,36		
Desconforto com prótese			*	
Sim	1			
Não	0,77 (0,65-1,01)	0,06		
Alteração no paladar				
Não	1		1	
Sim	1,68 (1,43-1,99)	<0,01	1,72 (1,45-2,05)	<0,01
Dificuldade em sentir gosto do alimento			*	
Não	1			
Sim	1,54 (1,27-1,85)	<0,01		
Circunferência do braço				
Desnutrido	1		1	
Excesso de peso	1,01 (0,81-1,26)	0,90	0,62 (0,48-0,80)	0,01
Eutrófico	0,67 (0,52-0,87)	<0,01	0,92 (0,74- 1,14)	< 0,01

RR^a: Razão de Médias do modelo não ajustado; RR^b: Razão de Médias do modelo ajustado por todas as variáveis.

* Variáveis que não permaneceram no modelo final pois perderam significância após o ajuste;

** Variável uso de prótese não foi incluída no modelo múltiplo por apresentar $p > 0,20$ na análise não ajustada.

4 DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a associação entre fatores sociodemográficos e de saúde na qualidade de vida relacionada a saúde oral, em indivíduos idosos do sexo feminino pertencentes a um grupo de convivência no sul do Brasil. O principal resultado achado no estudo foi que os piores níveis de qualidade de vida associados a saúde oral foram encontrados em indivíduos com menor escolaridade (< 5 anos), com alteração no paladar, e desnutridos. Este é um dos primeiros estudos a avaliar essa associação

ajustando por possíveis variáveis preditoras e com número amostral representativo de indivíduos.

É importante investigar como as pessoas percebem seus problemas de saúde e se posicionam diante deles, pois isso permite determinar valores sociais, culturais e econômicos que influenciam na sua qualidade de vida. Estudos que incluem a autopercepção de saúde oral permitem associar os aspectos físicos e subjetivos relacionados à boca, que podem ser influenciados por fatores sociais, econômicos, pela idade, sexo e classe social do indivíduo (Pilger, Menon e Mathias, 2011).

Dentre outros resultados desse estudo destacam-se que as maiores médias dos escores totais do OHIP-14 foram observadas em idosas com pior renda familiar, menor escolaridade, que apresentavam sinais de depressão, alteração do paladar, desnutridas e que apresentavam dificuldade em sentir o gosto de alguns alimentos.

Os indicadores socioeconômicos como destacou Bavaresco et al. (2010), exercem importante influência nas altas taxas de edentulismo observadas, especialmente, entre os idosos pertencentes às camadas menos privilegiadas da população. Este quadro evidencia a importância de se estabelecer programas de saúde oral que atendam às necessidades preventivas, curativas e reabilitadoras da população idosa, de forma a lhe garantir melhor qualidade de vida.

O uso de prótese dentária relacionada ao desconforto que a mesma provoca estabelece forte associação com o percentual de desnutrição encontrado nessa população. Conforme Bavaresco et al. (2010) e Peterson e Ueda (2006), o impacto da perda dentária na qualidade de vida de idosos não pode ser desconsiderado, pois a perda dos elementos dentários traz consequências para a fala, deglutição e mastigação, comprometendo o início do processo digestivo, a ingestão de nutrientes, o apetite, a comunicação e a autoestima. Além disso a dor oro facial tem um impacto negativo na alimentação das pessoas idosas, podendo levar à má nutrição, pela necessidade do uso de dieta pastosa considerada pobre nutricionalmente, acarretando na perda de peso, diminuição da massa muscular, incapacidade funcional, afetando com isso a saúde geral do indivíduo e por sua vez, levando a diminuição da qualidade de vida.

Nesse estudo o sentimento de dor física, desconforto psicológico e incapacidade física foram associados as desordens orais e conseqüentemente a pior qualidade de vida. Resultado semelhante foi encontrado na pesquisa conduzida por Pessetti (2015), onde observa-se que as maiores médias dos subdomínios do OHIP - 14, foram atribuídas a dor física e desconforto psicológico, demonstrando que ambas causam maior impacto na qualidade de vida associada a saúde oral dos entrevistados.

Conforme dados encontrados no estudo citado por Biazevic et al., (2004) e que se assemelham aos dados encontrados nesse estudo, embora a condição de saúde oral cause impacto em vários aspectos da qualidade de vida das pessoas, a dimensão incapacidade, que se refere à piora na qualidade de vida e a incapacidade de realização das atividades rotineiras, foi representada pela menor pontuação alcançada em todas as dimensões estudadas. Os aspectos que mais incomodam os idosos desdentados ou com o uso de próteses mal adaptadas são a vergonha de não ter dentes que está relacionada ao domínio da incapacidade psicológica, o incômodo ao comer que está relacionado ao domínio dor, a preocupação com a boca que está relacionado com o domínio desconforto psicológico e o prejuízo na alimentação que está relacionado com o domínio incapacidade física.

No idoso a perda dos dentes pode ter vários significados, e possui forte associação com o sentimento de dor física, desconforto psicológico e incapacidade física encontrados no estudo. Dentre esses significados pode-se citar as mutilações ao corpo, o processo real do envelhecimento, sensação de vergonha e preocupação, principalmente quando há indicação de prótese total, onde o idoso cria a expectativa de que com a prótese, terá o mesmo funcionamento comparado com a dentição natural, conforme citado por Cardos; Bujes (2010). No entanto, com o uso de prótese o idoso encontra dificuldade de adaptação provocadas pela forma, tamanho e pelas características posturais e emocionais que ela acarreta, influenciando na capacidade mastigatória, na capacidade de fonação, no comprometimento da capacidade estética, descaracterizando sua identidade facial, fazendo com que o idoso se torne uma pessoa com dificuldade de aceitação social e portador de um estigma (Silva et al., 2010).

Conforme Martins et al. (2014), os idosos que apresentaram maior gravidade segundo o OHIP-14 apresentavam também maior comprometimento do domínio mental (depressão) e da qualidade de vida. A saúde oral, um dos componentes da qualidade de vida, refere-se a uma experiência subjetiva do indivíduo sobre o seu

bem-estar funcional, social e psicológico.

A baixa escolaridade compromete o acesso à educação em saúde, estratégia que possibilita a adoção de comportamentos alimentares saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida, influencia a adesão ao tratamento das doenças orais em virtude da relação com menores condições econômicas e acesso a serviços de saúde (Furtado, Forte & Leite, 2011). Nesse estudo a baixa escolaridade associou-se com preocupação dos indivíduos em relação a seus problemas de saúde oral e dificuldade em realizar suas atividades diárias. Estes resultados diferem dos resultados encontrados por Baldani, Narvai & Antunes (2002), que referem que apenas indivíduos com um nível de educação superior apresentam maior preocupação relacionada aos problemas orais possuindo maior tendência para realizar uma escovagem dentária mais frequente, devido ao fato de apresentarem mais conhecimentos quanto às doenças orais.

As alterações no paladar exerceram influência sobre os domínios de limitação funcional e incapacidade física. Após os 60 anos ocorre uma redução significativa do número de botões gustativos numa papila gustativa, o que ocasiona alterações no limiar gustativo sendo necessário uma maior concentração de doce, salgado, ácido e amargo para que o idoso possa distinguir os sabores. Como já citado por Cardos & Bujes (2010), a redução da sensibilidade por sabores primários, como o doce, o amargo e o ácido, no idoso apresenta considerável importância na diminuição do consumo alimentar.

De acordo com os achados no estudo a relação de desnutrição entre os idosos com incapacidade física pode ser explicada devido a maioria dos idosos fazerem uso de próteses dentárias, onde a função da mastigação se dá de forma diferente, diminuindo a força para triturar e com isso tornando a mordida dos alimentos mais difícil, já que não há mais o mesmo desempenho dos dentes naturais (Felício & Cunha, 2005). Esses fatores podem levar o idoso à perda da vontade de comer, do mastigar (por fadiga precoce) e do prazer no ato de alimentar-se (Silva & Goldenberg, 2001). Frente a essas situações, os idosos percebem que a mastigação não é realizada com naturalidade e conforto e que há necessidade de selecionar o tipo de alimento ou a forma de consumi-lo.

Os indivíduos assim o fazem modificando a qualidade do alimento a ser ingerido e a sua consistência e quantidade, estabelecendo estratégias que facilitem a ingestão (Brunetti & Montenegro, 2002). Ao mesmo tempo, a modificação da dieta que

exija pouca mastigação pode provocar uma atrofia na musculatura mastigatória, com repercussão na estética facial, na autoestima do idoso e no seu estado nutricional (Brunetti & Montenegro, 2002).

As disfunções de paladar e olfato tendem a começar ao redor dos 60 anos de idade e se tornam mais graves nas pessoas acima de 70 anos de idade. A estimulação do paladar e odor induz a alterações metabólicas, tais como secreções salivares, de ácido gástrico e pancreáticas, assim como aumentos nos níveis plasmáticos de insulina e estimulação sensorial diminuída, isso pode prejudicar esses processos metabólicos, podendo levar à diminuição da ingestão de alimentos (Escott Stamp, Mahan & Raymond, 2013).

Conforme Vargas, Kramarow & Yellowitz (2001), a situação de baixa escolaridade dos idosos, onde a maioria faz uso de prótese dentária não tendo acesso a informações sobre boas condições de higiene oral, possibilita que se a prótese, caso não for sujeita a uma boa higiene diária e não for retirada da boca frequentemente, possa interferir na sensação do paladar, na percepção do cheiro e conseqüentemente na alimentação, além de provocar dor, desconforto e preocupação. Esses problemas acarretam em uma pior qualidade de vida relacionada a saúde oral nessa população.

Conforme Solemdal et al. (2012), as condições orais mais saudáveis contribuem para a melhor percepção do sabor, podendo estimular o apetite e, conseqüentemente, aumentar a ingestão calórica. Isso pode ajudar a prevenir a deficiência nutricional em idosos e melhorar a saúde geral e a qualidade de vida desses pacientes.

Alterações do aspecto psicológico como depressão, isolamento social e solidão fragilizam o idoso causando desinteresse pelas atividades da vida diária e afetando o consumo alimentar, podendo causar um crescente desinteresse diante dos alimentos saudáveis mais consistentes, o que ocasiona, por conseguinte a instalação de hábitos alimentares inadequados, cuja dieta se caracteriza pela ingestão de alimentos com uma textura mais macia e, ao mesmo tempo, pobre em nutrientes. Isso propicia o surgimento de deficiências nutricionais que comprometem o funcionamento dos diversos órgãos influenciando na sua saúde e contribuindo para uma pior qualidade de vida (Martins et al., 2014).

Todos idosos avaliados nesse estudo não possuíam déficit cognitivo, isso pode estar associado ao fato de pertencerem a grupos de convivência, caracterizados por diversos estímulos, pela requisição de múltiplas e complexas decisões e

contingências conforme demonstrado em outros estudos como o de Beckert, Irigaray e Trentini (2012). Tais padrões de exigência dentro do ambiente auxiliariam esforços cognitivos, ou seja, os idosos seriam motivados pelo ambiente complexo dos grupos de convivência a desenvolver suas capacidades intelectuais e a generalizar os resultados para outras situações.

Quanto aos aspectos relacionados à dimensão individual, observa-se a totalidade dos indivíduos do estudo do gênero feminino o que pode representar uma limitação nos aspectos concernentes ao gênero e às possíveis inferências ou generalizações para a população como um todo. As mulheres são mais vinculadas ao ato do cuidado (pessoal e familiar) e, dessa forma, procuram mais pelos serviços de saúde e relatam mais morbidades (Gabardo, Moysés & Moysés, 2013).

Em alguns estudos como os citados por Palma; Caetano & Leite (2013), verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres quanto às pontuações obtidas no OHIP-14, sendo que as mulheres apresentaram níveis mais elevados, sobretudo nas dimensões incapacidade física e desconforto psicológico como encontrados nesse estudo. Isso implica que se a pesquisa fosse realizada incluindo o gênero masculino os resultados obtidos poderiam ser diferentes.

As diferenças e as desigualdades entre homens e mulheres podem ser explicadas a partir de uma perspectiva de gênero e da percepção do impacto negativo na qualidade de vida, dado que problemas orais decorrem de contextos sociais, econômicos, culturais e históricos específicos (Miettinen, Lahti & Sipila, 2012). De acordo com Borrell & Artazcoz (2008), durante várias gerações, as mulheres desempenharam um papel cultural de responsabilidade de cuidar da família, pelo que podem estar mais atentas e são mais preocupadas com a sua saúde oral, ao mesmo tempo que sentem maior necessidade de consultar o médico antes de qualquer alteração e, deste modo, impedir a sua progressão (Duque-Duque et al., 2013).

As mulheres relatam níveis mais elevados de preocupação, dor e outros sintomas subjetivos, enquanto os homens parecem menos preocupados com o impacto que a sua condição oral pode ter na qualidade de vida a tal ponto que quando ele é relatado, a sua condição é já tão avançada, que é frequentemente associada a alterações no nível de dor, tornando-se mais significativa (Borrell & Artazcoz, 2008; Miettinen, Lahti & Sipila, 2012).

Dentre as limitações dessa investigação, ressalta-se sua característica transversal, não sendo possível estabelecer relações de causa e efeito entre os

fatores associados. Apesar disso, os resultados apresentados são válidos e representativos da população idosa investigada, situação que permitiu mais esclarecimentos sobre a qualidade de vida relacionada a saúde oral desses idosos. Salienta-se ainda que a avaliação da qualidade de vida é um processo dinâmico, e possíveis fatores associados podem modificar-se com o passar do tempo.

Outra limitação do estudo foi a impossibilidade de realizar uma avaliação clínica objetiva da condição oral dos participantes por parte de um especialista em odontogeriatrics, pois enriqueceria o estudo ao possibilitar a comparação com as avaliações subjetivas das condições orais dos participantes.

As limitações acima mencionadas constituem alguns pontos de partida para futuras investigações que preencham estas lacunas.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados neste estudo indicam que as condições sociodemográficas e de saúde exercem impacto na qualidade de vida relacionada a saúde oral das pessoas idosas principalmente naquelas com pior escolaridade e renda familiar. As condições relacionadas a alteração do paladar, pior estado nutricional e depressão também estabeleceram forte associação com uma pior qualidade de vida relacionada a saúde oral.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesses relacionado com quaisquer relações financeiras e pessoais com outras pessoas ou organizações que influenciaram este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Estamos gratas as idosas integrantes do grupo de convivência “Alegria de Viver” pelo acolhimento e disponibilidade em participar da nossa pesquisa. Agradecemos também as estudantes do curso de nutrição do Centro Universitário Franciscano/Unifra (Santa Maria –RS) e da Universidade Federal de Santa Maria –

UFSM, campus Palmeira das Missões que contribuíram arduamente juntamente com as pesquisadoras para realização da coleta dos dados dentro do prazo determinado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baldani, M. H., Narvai, P. C., & Antunes, J. L. (2002). Cárie dentária e condições socioeconômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. *Caderno de Saúde Pública*, 18, 755-763. Doi:org/10.1590/S0102-311X2002000300024

Bavaresco, K. G. et al. (2010). Condições de saúde bucal de 135 idosos independentes cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde de Londrina – PR. *J Health Sci Inst*, v. 29, n.3, p.157-160.

Beckert, M., Irigaray, T. & Trentini, C. (2012). Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. *Rev. Estudos da psicologia (Campinas)*, v.29, n.2, p.155 -162.

Bennadi, D. & Reddy, C. V. K. (2013). Oral health related quality of life. *J Int Soc Prev Community Dent*, v.3, n.1, p. 1-6.

Bianco, V. C. et al. (2010). O impacto das condições bucais na qualidade de vida de pessoas com cinquenta ou mais anos de vida. *Ciência saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.2165-2172.

Biazevic, M.G.H. et al. (2004). Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. *Braz Oral Res*, v.18, n.1, p.85-91.

Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Inequalities gender on health: challenges for the future. *Revista Espanola de Salud Pública*, 82, 245-9. Doi:org/10.1590/S1135-57272008000300001.

Burr, M.L., Phillips, M.K. (1984). Anthropometric norms in the elderly. *British Journal of Nutrition*, v.51, p.165-169.

Brunetti, R. F., Montenegro, F. L.B. (2002). *Odontogeriatrics: noções de interesse clínico*. (1º ed). São Paulo: Artes Médicas, (Capítulo 1).

Cardos, M.C.A.F. & Bujes, R.V. (2010). A Saúde bucal e as funções de mastigação e deglutição nos idosos. *Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento*. Porto Alegre, v.1, n.15, p.53 -67.

Da Costa, E. H. M., Saintrain, M. V. L. & Vieira, A. P. G.F. (2010). Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.6, p.2925-2930. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600030>.

Duque-Duque, V., Tamayo-Castrillón, J., Echeverri-Cadavid, P., Gutiérrez-Osorio, A.

Y., Sepúlveda-Correa, D., Giraldo-Ramírez, O., & Agudelo-Suárez, A. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. *CES odontología*, 26, 10-23.

Escott-Stump, S., Mahan, K. L.; Raymond, J. L. K. (2013) *Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. (13ª ed). Rio de Janeiro: Elsevier.

Felício, C. M. & Cunha, C. C.(2005). Relações entre condições miofuncionais orais e adaptações de próteses totais. *Revista Ibero-americana de Prótese Clínica & Laboratorial*, Curitiba, v. 7, n. 36, p. 195-202.

Frisancho, A.R.(1981). New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. *Am.J.Clin.Nutr*, v34, p.2540-2545.

Furtado, D.G., Forte, F.D.S., Leite, D.F.B.M.(2011). Uso e necessidade de próteses em idosos: reflexos na qualidade de vida. *Rev. Brasileira de Ciências da Saúde*, v.15, n.2, p.183-190. DOI:10.4034/RBCS.2011.15.02.08.

Gabardo, M.C.L., Moysés, S.T. & Moysés, S. (2013). Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*, v.33, n.6, p.439–445.

Lipschitz, D.A. (1994). Screening for nutritional status in the elderly, 21, 55-67.

Locker, D. (1988). Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health*,5,3–18.

Pessetti, R. M. (2015). Avaliação do grau de satisfação e impacto na qualidade de vida das próteses dentárias realizadas na clínica III do curso de Odontologia da UFSC. Monografia, Florianópolis.

Martins, A. et al. (2014). Association between physical and psychosocial impacts of oral disorders and quality of life among the elderly. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.8, p.3461-3478.

Miettinen, O., Lahti, S., & Sipilä, K. (2012). Psychosocial aspects of temporomandibular disorders and oral health-related quality-of-life. *Acta Odontologica Scandinavica*, 70, 331-6.doi: 10.3109/00016357.2011.654241.

Nutrition Screening Initiative. Incorporating nutrition screening and interventions into medical practice: a monograph for physician. American Academy of Family Physicians, The American Dietetic Association and National Council on Aging. Washington (DC); 1994

Palma, P. V., Caetano, P. L., & Leite, I. C. (2013). Impact of periodontal diseases on health-related quality of life of users of the Brazilian Unified Health System. *International Journal of Dentistry*, 1-6.

Peterson, P. E. & Ueda, H. (2006). *Oral Health in Ageing Societies: Integration of oral health and general health*. World Health Organization, Geneva: WHO, p.34-44.

Pilger, C., Menon, M. H. & Mathias, T. A. F. (2011). Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev. Latino Am Enfermagem*, v.19, n.5, p.2-9.<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000500022>.

Reza, G. C. & Nogueira, S. M.(2008). O estilo de vida de pacientes hipertensos de um programa de exercício aeróbio: estudo na cidade de Toluco, México. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v. 12, n. 2, p. 265-270.

Rubenstein, L.Z., Harker, J.O, Salva, A., Guigoz, and Y. & Vellas, B. (2001) .Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J. Geront*, 56, 366-377.

Silva, L. G.& Goldenberg, M. (2001). A mastigação no processo de envelhecimento. *Rev. CEFAC*, São Paulo, 3, 27-35.

Silva, M. E. et al. (2010). Impact of tooth loss in Quality of life. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, n. 3, p. 841-850.

Slade, G.D. (1997). Derivation and validation of a Short-Form Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol*, 25, 284–290.

Solemdal, K., Sandvik, L., Willumsen, T., Mowe, M. & Hummel, T. (2012). The impact of oral health on taste ability in acutely hospitalized elderly. *PLoS ONE*, v.7, n.5.[Doi:10.1371/journal.pone.0036557](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0036557).

Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Ver Saude Publica*, v.43, n.3, p.548-554.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde oral, enquanto parte integrante da saúde geral, influencia e é influenciada por vários fatores, constituindo um dos problemas de saúde pública mais desafiantes pela sua multidimensionalidade e impacto individual.

Os problemas de saúde oral exercem uma forte relação na qualidade de vida das pessoas idosas. A presença de alterações na mucosa oral, a necessidade de prótese para restabelecer funções de mastigação e dicção, a baixa renda e escolaridade da população idosa assim como alterações no paladar e estado nutricional debilitado, estão relacionadas aos piores indicadores para qualidade de vida relativa à saúde oral. As medidas de saúde oral dos idosos estão menos associadas às situações clínicas e mais ligadas a fatores subjetivos.

A auto- percepção da condição oral desempenha um papel fundamental na percepção da qualidade de vida relacionada à saúde oral. Ressalta-se a importância da criação de programas de promoção da saúde oral e estratégias de prevenção através do fornecimento de informação sobre a relação entre a saúde oral e a saúde geral, bem como proporcionar uma educação oral adequada relacionada aos comportamentos de saúde e de higiene oral corretos (por exemplo, discutir as vantagens das visitas ao odontogeriatra ou na ausência deste, de odontólogos e facilitar o acesso a esses profissionais, substituir alimentos de baixa qualidade por outros de consistência adequada, com alto valor nutritivo e que não comprometam o estado nutricional, ter os cuidados higiênicos necessários para com as próteses dentárias).A implantação desses programas tem como objetivo alertar para a importância da saúde oral e da saúde geral no bem-estar e na qualidade de vida da pessoa idosa.

Os profissionais de saúde oral, têm como dever informar e encorajar as pessoas idosas para a necessidade de ter os cuidados necessários para preservar uma dentição saudável ou então melhorar a qualidade das próteses dentárias fornecidas, que tanto incomodam e afetam a qualidade de vida dessas pessoas.

A importância destas ações é realçada pelo fato de que a maioria dos idosos investigados nesse estudo faziam uso e apresentam desconforto relacionados a prótese. Ou seja, o fato de não terem qualquer dente e a prótese apresentar-se desajustada, causando dor e desconforto interfere na comunicação com outras pessoas, no paladar e no ato de comer, o que leva, conseqüentemente, ao sentimento

de preocupação e vergonha resultando em baixa autoestima e, também a problemas relacionados a piora do estado nutricional.

Com isso, essas medidas reabilitadoras devem ser empregadas em grande escala restituindo ao idoso não só melhora clínica de suas funções, mas uma vida de maior autonomia e com uma melhor qualidade de vida. Esse estudo apesar de suas limitações, permitiu lançar algumas questões para futuras investigações sobre este tema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, W. et al. Inadequação no consumo alimentar e fatores interferentes na ingestão energética de idosos matriculados no programa municipal da terceira idade de viçosa (MG). **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p.190 -202,2008.
- ALENCAR, Y. M. G.; CURIATTI, J. A. E. Envelhecimento do aparelho digestivo. In: _____. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 311-330.
- AMARAL, A.K.F.J.; SILVA, H.J.; CABRAL, E.D. Fatores determinantes do tempo de maceração dos alimentos em idosos edêntulas totais. **Rev. CEFAC**, v.11, n.3, p.398-404, 2009.
- ANDRADE, F.B.; CALDAS, A.F.; KITOKO, P.M. Relationship between oral health, nutrient intake and nutritional status in a sample of Brazilian elderly people. **Gerontology**, v.26, p.40 -45, 2009.
- ARAÚJO, R. B.; LODOVICI, F. M. M.; MERCADANTE, E. F. Significados da saúde bucal na velhice. **Rev. Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.17, n.4, p.297 -322, 2014.
- AZENHA, M.R. et al. Estudo epidemiológico da saúde bucal da população idosa. **International Journal of Dentistry**, Recife, v.10, n.4, p. 228-233, 2011.
- BARBATO, P. R.et al. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados dos estudos epidemiológicos nacionais (Projeto SB Brasil 2002-2003). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p.803-1814, 2007.
- BARBOSA, K.G.N. Condições de saúde bucal em idosos: uma revisão da realidade brasileira.**Odontol. Clín.Cien**, Recife, v.10, n.3, p.227- 231, 2011.
- BIANCO,V. C. et al. O impacto das condições bucais na qualidade de vida de pessoas com cinquenta ou mais anos de vida. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, 2010.
- BLOOM, D. 7 Billionandcounting. **Science**, v. 333, p. 562-569, 2011.
- BRASIL.Conferência Nacional de Saúde Bucal. **Relatório final da 2ªConferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília,1993. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_conferencia_nacional_saude_bucal_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003; resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:<http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/04_0347_M.pdf>. Acesso em: 24 abr.2016.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016**. Volume II. Versão Final 01. 2012 [em linha]. Disponível em: <http://www.minsaude.gov.br/index.php/documentos/cat_view/34_documentacao/66-plano-nacional-de-desenvolvimento-sanitario-2012>. Acesso em: 10 fev. 2016.

BRUNETTI, R.F.; MONTENEGRO, F. L. B. **Odontogeriatria: noções de interesse clínico**. São Paulo: Artes Médicas, 2002.

CAMPISI, G. et al. Pathophysiology of age related diseases. **Immun e Ageing**, v.6, n.12, p.1186-1205, 2009.

CARDOS, M.C.A.F.; BUJES, R.V. A Saúde bucal e as funções de mastigação e deglutição nos idosos. **Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento**, Porto Alegre, v.1, n.15, p.53-67,2010.

CARNEIRO, R. Qualidade de vida e bem-estar subjetivo na terceira idade. **Rev. Polêmica**, v. 10, n. 4, p.624-630,2011.

CASSOL, K. et al. Qualidade de vida em deglutição em idosos saudáveis. **J. Soc. Bras. Fonoaudiol**, São Paulo, v.24, n.3, p.223-232,2012.

DA COSTA, E. H. M. S.; SAINTRAIN, L. M. V.; VIEIRA, A. P.G. Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.6, p.2925-2930, 2010.

DE ROSSI, S.S.; SLAGHTER, Y.A. Oral Changes in olderpatients: a clinican'sguide. **Rev.Quintessence International**, v.38, n.9, p.773 -80, 2007.

ESCOTT-STUMP, S.; MAHAN, K. L.; RAYMOND, J. L. Krause. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

FELÍCIO, C. M.; CUNHA, C. C. Relações entre condições miofuncionais orais adaptações de próteses totais. **Revista Ibero-americana de Prótese Clínica & Laboratorial**, Curitiba, v. 7, n. 36, p. 195-202, 2005.

FIOCRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/ Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, p.323, 2012. Disponível em :<<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/sa%C3%BAde-no-brasil-em-2030-diretrizes-para-prospec%C3%A7%C3%A3o-estrat%C3%A9gica-do-sistema-de-sa%C3%BAde>>. Acesso em: 23 mai.2016.

FRANK, A.A.; SOARES, E.A. **Nutrição no envelhecer**. São Paulo: Atheneu,2002.

GUIMARÃES, M.L.R.et al. Impacto da perda dentária na qualidade de vida de idosos independentes. **Scientia Medica**, Porto Alegre, PUCRS, v. 15, n. 1, p.30-33,2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sinopse do Censo demográfico**. Rio de Janeiro,2008.

_____. Informação Demográfica e Socioeconômica. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, n.25,2009.

LIMA, R.M.F. et al. Adaptações na mastigação, deglutição e fonoarticulação em idosos de instituição de longa permanência. **Rev CEFAC**, v.11, n.3, p.405,2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v11s3/a17v11s3.pdf>>. Acesso em: 10 mai.2016.

LIPSCHITZ, D.A. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*, v.21,p.55-67,1994.

LOCKER, D. Measuring oral health: a conceptual framework. **Community Dent Health**, v.5, n.1, p.3-18, 1998.

LOURES, M.C.; PORTO, C.C. A Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. *Book Reviews*, Porto Alegre, p.2317, 2318, 2009.

FLECK, M.P.A. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed,2008.

MARCOLINO, J.et al. Achados fonoaudiológicos na deglutição de idosos do município de Irati. **Rev. Bras Geriatr Gerontol**, Paraná, v.12, n.2, p.193-200,2009.

MELLO, A. L. S. F.; PADILHA, D. M. P. Instituições geriátricas e negligência odontológica. **Rev. Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 41, n. 1, p. 44-48, 2000.

MENEZES, M. M. **Satisfação conjugal, auto- estima e imagem corporal em indivíduos ostomizados**. 2008.Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação). Universidade de Lisboa, Lisboa,2008.

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

NÓBREGA, O.T.; KARNIKOWSKI, M.G.O. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.2, p.309-313, 2005.

PALMER, C.A. et al. Important relationships between Nutrition and Oral Health, **Nutrition Today**, v.45, n.4, p.154 -164,2010.

PETERSEN, P. E. Global research challenges for oral health. **Global Forum Update on Research for Health**, v. 2, p. 181-184, 2003.

PETERSON, P. E.; YAMAMOTO, T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.33, p.81-92, 2005.

PETERSON, P. E.; UEDA, H. Oral Health in Ageing Societies: Integration of oral health and general health. **World Health Organization**, Geneva: WHO. p.34-44, 2006.

PILGER, C.; MENON, M.H.; MATHIAS, T. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, v.19, n.5, p.2-9, 2011.

RIBEIRO, D. G. et al. A saúde bucal na terceira idade. **Salusvita**, Bauru, v.28, n.1, p.101-111, 2009.

RIVALDO, E.G. et al. Envelhecimento e saúde bucal. **Canoas**, v.14, n.26, p.40-45, 2008.

SCHNEIDER, R.H.; IRIGARAY, T. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Rev. Estud. Psicol.**, Campinas, v.25, n.4, p.585-593, 2008.

SILVA, L. G.; GOLDENBERG, M. A mastigação no processo de envelhecimento. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 3, p. 27-35, 2001.

SISCHO, L.; BRODER, H.L. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. **J. Dent. Rev**, v. 90, n.11, p.1264-70, 2011.

SOARES, M. B. et al. Morbidade, capacidade funcional e qualidade de vida de mulheres idosas. **Esc Anna Nery**, v.14, n.4, p.705-711, 2010.

TINÓS, A.M. F. G.; PERES, S.H.C.S.; RODRIGUES, L.C.R. Acesso da população idosa os serviços de saúde bucal: uma revisão. **RFO**, Passo Fundo, vol.18, n.3, p.351-360, 2013.

UNFER, B. et al. Autopercepção da perda de dentes em idosos. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 217-226, 2006.

KIMURA, M.; SILVA, J.V. Ferans and Powers Quality of life index. **Rev. Esc Enferm, USP**, v.43, p.1098-1104, 2009.

VARGAS, C. M.; KRAMAROW, E. A.; YELLOWITZ, J. A. The Oral health of Older Americans. Hyattsville, Maryland: National Centre for Health Statistics. **Ageing Trends**, n.3, p.1-8, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**: basic Documents. WHO. Genebra, 1946.

_____. 2007. **Oral health**. 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/index.html>>. Acesso em: 15 jun.2016.

World Health Organization Quality of Life Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **SocSci Med**, v.41, n.10, p.1403-1409, 1995.

World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life assessment. The WHOQOL Group. **Psychol Med**, v.28, n.3, p.551-558, 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Telefone: _____ Sexo: F (1) M (2)

Peso _____ Estatura: _____ IMC: _____ CB: _____

Sociodemográficos

Renda familiar:

(1) Até 250

(2) - De 251 a 500

(3) - De 501 a 1.500

(4) - De 1.501 a 2.500

(5) - De 2.501 a 4.500

(6) - De 4.501 a 9.500

(7) - Mais de 9.500

Número de dependentes: _____

Fonte de renda:

(1) Aposentadoria

(2) Pensão

(3) Auxílio dos filhos

(4) Aluguel Trabalho

(5) Sem renda própria

Outro: _____

Escolaridade (anos de estudo):

(1) Analfabeto

(2) 1 a 4

(3) 5 a 8

(4) > 9

Saúde/ Hábitos de vida

Você usa prótese dentária ou

dentadura? (1) Sim

(2) Não

Sofre stress psicológico ou depressão?

(1) Sim

(2) Não

Sua prótese está bem ajustada, ela lhe causa dor, desconforto?

(1) Sim

(2) Não

Prejuízo no gosto

Você notou alteração no seu paladar após os 60 anos?

(1) Não notei nenhuma alteração

(2) Sim, acho que alterou o meu paladar

(3) Não sei informar

(4) Sim, acho que diminuiu meu paladar

Na sua opinião, você tem dificuldade ou não consegue sentir algum sabor nos alimentos?

(1) Não, tenho dificuldade

(2) Sim, tenho dificuldade

Se sim, assinale qual (is) sabor (es) você tem dificuldade ou não consegue sentir

(1) Doce

(2) Salgado

(3) Amargo

(4) Ácido

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: Limiar de detecção gustativo nos quatro sabores básicos em idosas e fatores associados

Pesquisador responsável: Dr^a Loiva Beatriz Dallepiane

Instituição/Departamento: Departamento de Alimentação e Nutrição (DANut)

Telefone e endereço postal completo: Av. Independência, 3751 bairro Boa Vista/ Universidade Federal de Santa Maria campus Palmeira das Missões/ tel: (55) 37428811 **Local da coleta de dados:** Santa Maria-RS

Eu Prof. Dr^a Loiva Beatriz Dallepiane, responsável pela pesquisa, “**Limiar de detecção gustativo nos quatro sabores básicos em idosas e fatores associados**” o convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende avaliar o limiar gustativo dos sabores básicos em idosas e fatores associados. Acreditamos que o estudo seja importante, tendo em vista as possíveis alterações na percepção do gosto relacionadas com o envelhecimento, o que pode exercer influência na forma do idoso se alimentar. Torna-se também importante pesquisar as relações que esses fatores podem manter com as características sociodemográficas, hábitos de vida, qualidade de vida, estado nutricional e alterações fisiopatológicas.

Para sua realização ocorrerá: perguntas relacionadas a dados de identificação, escolaridade, renda e de hábitos de vida. Incluindo questionários de qualidade de vida, nível de atividade física, estado cognitivo e saúde oral. Serão avaliadas medidas corporais, dados clínicos, bioquímicos e o teste do paladar. Sua participação constará em responder os questionários e a realização de avaliações de medidas corporais (peso, estatura, IMC, circunferências, força de preensão manual), aferição da pressão arterial, glicemia e a oferta de soluções líquidas emergidas em tiras em diferentes concentrações para avaliar os sabores: doce (água com sacarose); salgado (cloreto de sódio); amargo (cloridrato de quinina) e azedo (ácido cítrico) para serem sentidas na língua.

O risco que o voluntário poderá ter, é sentir-se cansado ao responder a entrevista e o desconforto com a picada de agulha para avaliar os níveis de glicose. Ao verificar o peso, estatura, IMC e circunferências o voluntário poderá sentir-se constrangido ao ser avaliado, devido à exposição corporal para averiguar as medidas. A oferta de solução doce, salgada, ácida e amarga não causará riscos aos participantes devido à pequena concentração desses solutos, sendo que estes não iram engolir as soluções, somente analisar o sabor.

O voluntário terá como benefício o conhecimento sobre a identificação da avaliação do seu paladar, a classificação do seu estado cognitivo, a classificação do seu estado nutricional e informações sobre seu estado de saúde em geral. Os resultados das avaliações serão entregues e explicados individualmente para cada participante pelos pesquisadores.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa. Além disso, você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Também não serão utilizadas imagens. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores, enfatizando-se que a pesquisa será executada no local da realização dos encontros do grupo de convivência. Fica garantida a indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e após ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de, esclarecimentos sempre que desejar. Diante do

exposto e de espontânea vontade, expresse minha concordância em participar deste estudo.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Local..... Data:.....

ANEXOS

**ANEXO A - QUESTIONÁRIO PARA MENSURAR O IMPACTO DA SAÚDE ORAL
NA QUALIDADE DE VIDA/ ORAL HEALTH IMPACT PROFILE (OHIP-14)**

Perguntas	Respostas				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Constantam ente	Sempre
1. Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
2. Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
3. Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?					
4. Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
5. Você ficou preocupado por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
6. Você se sentiu estressado por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
7. Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
8. Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
9. Você encontrou dificuldade para relaxar por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
10. Você sentiu-se envergonhado por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
11. Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
12. Você teve dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
13. Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
14. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
(0) Nunca (1) Raramente (2) Às vezes (3) Constantemente (4) Sempre					