

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Odontologia
Programa de Pós Graduação em Odontologia



Dissertação

Impacto de fatores psicossociais, clínicos e sociodemográficos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de idosos

Fernanda Weingartner Machado

Pelotas, 2015

Fernanda Weingartner Machado

Impacto de fatores psicossociais, clínicos e sociodemográficos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de idosos

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontologia (Área de Concentração em Prótese Dentária).

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Noéli Boscato

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Marília Leão Goettems

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

M149i Machado, Fernanda Weingartner

Impacto de fatores psicossociais, clínicos e sociodemográficos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de idosos / Fernanda Weingartner Machado ; Noéli Boscato, orientadora ; Marília Leão Goettems, coorientadora. — Pelotas, 2015.

79 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Prótese Dentária, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Qualidade de vida. 2. Idoso. 3. Assistência odontológica para idosos. 4. Estudo epidemiológico. I. Boscato, Noéli, orient. II. Goettems, Marília Leão, coorient. III. Título.

Black : D3

Fernanda Weingartner Machado

Impacto de fatores psicossociais, clínicos e sociodemográficos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de idosos

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Odontologia (Área de Concentração em Prótese Dentária), Programa de Pós Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 23 de fevereiro de 2015

Banca Examinadora:

.....
Prof^a. Dr^a. Noéli Boscato (Orientadora)
Doutora em Clínica Odontológica (Área de Prótese Dentária) pela Universidade Estadual de Campinas
.....

Prof. Dr. César Dalmolin Bergoli
Doutor em Odontologia Restauradora (Área de Prótese Dentária) pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
.....

Dr^a. Aline Pinheiro de Moraes
Doutora em Odontologia (Área de Dentística) pela Universidade Federal de Pelotas
.....

Prof^a. Dr^a. Marina Sousa Azevedo (Suplente)
Doutora em Odontologia pela Universidade Federal de Pelotas
.....

**Dedico este trabalho aos meus Pais,
e Irmã.**

Agradecimentos

Agradeço sempre e de forma incansável meus pais (**Helder G. P. Machado e Daisy W. Machado**) pelo apoio, incentivo, e todos os ensinamentos para vida e principalmente o amor e carinho. Não tenho dúvidas de que sem isso, tudo seria muito mais difícil. Os ensinamentos de vocês são a base para que eu possa construir minha vida de forma correta e feliz. Amo muito vocês!

Agradeço minha irmã Cirurgiã-dentista e amiga **Ana Helena W. Machado** por me apresentar a Odontologia e incentivar sempre essa caminhada junto á pesquisa mesmo sendo a clínica sua preferência. Muito obrigada!

Agradeço a meu namorado Cirurgião-dentista e colega no mestrado **Murilo Luz** pelo amor, carinho, compreensão e principalmente paciência com todo meu nervosismo, estresse e inseguranças nesta etapa. Obrigada por estar sempre comigo, te amo.

Agradeço à minha orientadora Profa. Dra. **Noéli Boscato** por me acompanhar desde a graduação, por todos os ensinamentos, pelo apoio às minhas decisões profissionais, que embora tenham dificultado, não impediram a plena finalização deste estudo, por ser tolerante e principalmente íntegra na vida e na pesquisa. Estas qualidades certamente me fazem uma aluna melhor. Obrigada!

Agradeço a Cirurgiã-dentista e colega de mestrado **Ana Paula Perroni** por toda a ajuda na coleta de dados e construção deste trabalho. Obrigada por levar tão a sério e ser tão dedicada como se fosse tua dissertação!

Agradeço à minha co-orientadora Profa. Dra. **Marília L. Goettems** por toda ajuda na construção deste trabalho, mesmo na licença maternidade pela chegada do lindo Joaquim.

Agradeço a Doutora **Aline Moraes** pelos ensinamentos e conversas agradáveis. Um exemplo de pessoa e profissional. Espero um dia poder teu potencial e organização para poder levar a pesquisa e a clínica de forma tão bem.

Agradeço aos meus padrinhos **Claudia Weingartner e Edy Tavares** pela estadia e pelos passeios após minha mudança de Pelotas para que pudesse continuar minhas coletas de dados. Certamente tornou tudo mais leve e agradável!

Agradeço ao **Programa de Pós Graduação-UFPeI** e todos os funcionários em especial ao **Celaniro Junior** por estar sempre disposto a ajudar no possível e impossível na construção deste trabalho.

Agradeço a todos **os idosos do Grupo de Extensão e Atenção a Terceira Idade-CETRES UCPeI** que aceitaram participar. Vocês são parte essencial da construção deste trabalho. Agradeço também a Coordenadora do grupo **Sulanita Arruda** por permitir que este trabalho fosse realizado no CETRES.

Agradeço aos meus colegas de Pós-Graduação **Murilo Luz, Clarissa Koller, Rita de Cássia Almeida e Quéren da Rosa** pela amizade e por me proporcionarem momentos tão agradáveis nesta caminhada.

Resumo

MACHADO, Fernanda Weingartner. **Impacto de fatores psicossociais, clínicos e sociodemográficos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de idosos.** 2015. 79f. Dissertação (Mestrado em Prótese Dentária)- Programa de Pós Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A população idosa está em constante crescimento em todo o mundo, devido a isso mais atenção tem sido dada a saúde e qualidade de vida desta população. Pesquisas devem ser realizadas para avaliar os fatores associados à qualidade de vida dessas pessoas, pois a gravidade das doenças pode mudar ao longo do tempo. O objetivo deste estudo epidemiológico transversal foi investigar os efeitos de fatores sociodemográficos, psicossociais e características clínicas de saúde bucal relacionando o impacto destas condições na qualidade de vida em indivíduos inseridos em um Centro Social para Idosos, na cidade de Pelotas, Brasil. Idosos foram convidados a participar deste estudo, no período entre Março a Dezembro de 2014. Foram avaliados aqueles que aceitaram participar do estudo, e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Exames clínicos foram realizados por examinadores calibrados (dados sobre cárie; uso e necessidade de prótese). Dados de características sociodemográficas, ansiedade, depressão, felicidade e senso de coerência e os impactos da saúde bucal na qualidade de vida realizado com o questionário OHIP-14. Foram utilizados os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para verificar as diferenças entre os fatores avaliados e o impacto das condições bucais na qualidade de vida. Análises de regressão univariada e multivariada de Poisson foram conduzidas para avaliar os fatores associados com o desfecho impacto das condições bucais na qualidade de vida. Os escores para OHIP-14 variaram de 0 a 56 com média de pontuação total de $6,52 \pm 8,64$. A Regressão de Poisson não ajustada revelou que indivíduos mais velhos (RR 0,39; 95% CI 0,18–0,84), com baixa renda (RR 1,77; 95% CI 1,03–3,04), com menos de 12 dentes em boca (RR 1,77; 95% CI 1,09–2,88) e que foram classificados com alta ansiedade (RR 2,59; 95% CI 1,56–4,28) e depressão (RR 2,77; 95% CI 1,61–4,76) de acordo com os instrumentos usados, demonstraram alto impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Alto senso de coerência foi associado com baixo impacto na percepção (RR 0,34; 95% CI 0,21–0,54). Após ajustes, a qualidade de vida foi associada ao sexo (RR 3,60; 95% CI 1,27–10,20), renda (RR 1,55; 95% CI 1,00–2,40), idade (RR 0,34; 95% CI 0,16–0,72) e senso de coerência (RR 0,37; 95% CI 0,22–0,62). Fatores sociodemográficos, e psicossociais e as condições bucais mostraram associação com a qualidade de vida relacionada à saúde bucal nos indivíduos frequentadores de um Centro Social para Idosos (CETRES), quando avaliados com o questionário OHIP-14.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Idoso; Assistência Odontológica para Idosos; Estudo epidemiológico.

Abstract

MACHADO, Fernanda Weingartner. **Impacto de fatores psicossociais, clínicos e sociodemográficos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de idosos.** 2015. 79f. Dissertação (Mestrado em Prótese Dentária)- Programa de Pós Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Elderly population is constantly growing worldwide; because of this, more attention has been given to their health and quality of life. Thus, researchs should be performed to evaluate the factors associated with the quality of life of these people because severity of diseases can change over time. This cross-sectional study aimed to evaluate the effects of sociodemographic, psychosocial and clinical oral characteristics on the oral health-related quality of life (OHRQoL) of individuals inserted into a Social Center for the Elderly, in the city of Pelotas, Brazil. All of the elderly people were invited to participate of the study, from March to December of 2014. Individuals who agreed to participate, signed a written informed consent. Trained examiners assessed the participants' oral health (dental caries; use of and need for dental prostheses) and conducted interviews. Data about sociodemographic characteristics were collected, as well as information related to anxiety, depression, happiness, sense of coherence and the impacts on OHRQoL, which were assessed using the Oral Health Impact Profile (OHIP-14). Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests were used to assess the differences between the evaluated factors and OHRQoL. Univariate and multivariate Poisson regression analyses were conducted to assess factors associated with the outcome OHRQoL. The OHIP-14 scores ranged from 0 to 56 with a 6.52 (SD 8.64) mean. The unadjusted Poisson regression assessments of the associations revealed that among older individuals, lower family income, having less than 12 teeth present and being classified with low/high anxiety and depression had higher impacts on OHRQoL. Also, a high sense of coherence was associated with lower perception of impacts (RR 0.34; 95% CI 0.21–0.54). After adjustments, quality of life was associated with sex (RR 3.60; 95% CI 1.27–10.20), family income (RR 1.55; 95% CI 1.00–2.40), age (RR 0.34; 95% CI 0.16–0.72) and sense of coherence (RR 0.37; 95% CI 0.22–0.62). Psychosocial characteristics, as well as sociodemographic and clinical oral health conditions have showed to influence individual perception about OHRQoL in elders enrolled in a Third Age Group, when evaluated with OHIP-14 questionnaire.

Keywords: Quality of Life; Temporomandibular disorders; Elderly; Dental Care for Aged; Epidemiologic studies.

Sumário

1 Introdução	12
2 Projeto de Pesquisa.....	15
2.1 Caracterização do Problema.....	15
2.2 Delineamento Experimental.....	16
2.3 Objetivos.....	16
2.3.1 Objetivo Geral.....	16
2.3.2 Objetivos Específicos	16
2.4 Hipótese.....	17
2.5 Seleção dos Voluntários.....	17
2.6 Questionários utilizados.....	18
2.6.1 Avaliação da Qualidade de Vida (OMS).....	18
2.6.2 Impactos das Condições Bucais na Qualidade de Vida.....	19
2.6.3 Avaliação de Sinais e Sintomas Temporomandibulares (DTM).....	19
2.6.4 Nível de Ansiedade e Depressão.....	20
2.6.5 Auto percepção de Felicidade.....	21
2.6.6 Senso de Coerência (SOC).....	21
2.7 Realização do Exame Clínico.....	22
2.7.1 Posição para o Exame Intraoral.....	22
2.8 Variáveis.....	22
2.8.1 Variável Dependente.....	22
2.8.2 Variáveis Independentes.....	22
2.9 Processamento dos Dados e Análise Estatística.....	23
3 Cronograma.....	25

4 Relatório do Trabalho de Campo.....	26
5 Artigo.....	28
6 Considerações Finais	47
Referências.....	48
Apêndices.....	55
Anexos.....	63

1 Introdução

O processo de envelhecimento da população mundial é um aspecto importante no processo de desenvolvimento humano. O número de pessoas com 60 anos ou mais, duplicará proporcionalmente passando de 11% em 2006, para 22% em 2050. Pela primeira vez na história da humanidade (POPULATION AGEING, 2006), a população será constituída por mais idosos do que crianças, com idade entre 0 e 14 anos. No Brasil, a população idosa também vem crescendo de forma constante, e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estima que este número aumente aproximadamente de 15 para 30 milhões, em 20 anos. Neste contexto, é essencial que se conheçam leis e estatutos e se amplie o conhecimento sobre fatores que possam comprometer e influenciar o bem-estar e a qualidade de vida do idoso, a fim de garantir todos os direitos relacionados a esta faixa etária da população.

A lei 8.842 a qual estabelece a Política Nacional do Idoso (PNI) e o Conselho Nacional do Idoso foi instituída no Brasil em 1994. Esta lei, além de considerar como idoso qualquer pessoa acima de sessenta anos de idade, tem como objetivo assegurar os direitos sociais desta faixa etária da população, estabelecendo condições para promover sua autonomia, integração e participação ativa na sociedade (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 1994). Adicionalmente, em 1999, foi estabelecida a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) e esta estabeleceu as diretrizes essenciais que norteiam a definição ou a redefinição dos programas, planos, projetos e atividades do setor na atenção integral às pessoas em processo de envelhecimento, e à população idosa (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 1999). Finalmente, em 2003 foi sancionado o Estatuto do Idoso pela Lei nº 10.741, o qual expõe entre os direitos fundamentais do idoso, aqueles relacionados à Saúde, tais como, o atendimento integral pelo Sistema Único de Saúde (SUS); atendimento geriátrico em ambulatórios; atendimento domiciliar; reabilitação; fornecimento de medicamentos, próteses e ortóses; direito de opção pelo tipo de tratamento; direito a

acompanhante; proibição de discriminação em plano de saúde; treinamento dos profissionais de saúde, dos cuidadores familiares e dos grupos de autoajuda (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2003). Desde então, inúmeras outras leis e vantagens foram estabelecidas a fim de favorecer o bem-estar do idoso. No entanto, embora a legislação brasileira seja bastante progressiva e elaborada, a prática de fato ainda é insatisfatória. Assim, como o processo de envelhecimento é marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao bem-estar é fundamental que a população e autoridades estejam preparadas para este processo, principalmente no que se refere à saúde dos mesmos.

Entende-se que o envelhecimento ativo e saudável é o processo de otimização de oportunidades para saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem. Neste contexto, estão inseridos os Centros de Convivência do Idoso os quais promovem o desenvolvimento e a preservação da capacidade intelectual e motora dos idosos. O histórico dos grupos de convivência remonta à década de 70, quando o Serviço Social do Comércio de São Paulo iniciou um programa para a terceira idade (BORGES et al., 2008). Neles predomina o envelhecimento saudável, ou seja, o idoso estabelece relações interagindo com os demais participantes do grupo e da comunidade. As atividades de lazer e a convivência contribuem tanto para manutenção do equilíbrio biopsicossocial, como para diminuir possíveis conflitos pessoais. Estes grupos funcionam de forma multidisciplinar e realizam atividades variadas de cunho cultural, social, educativo, recreativo e de promoção de saúde (ARAÚJO et al., 2004).

É importante pontuar também que conforme o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde, a saúde bucal está inserida na saúde geral dos indivíduos e pode influenciar significativamente no bem-estar e na qualidade de vida. A partir deste entendimento, estudos com idosos têm sido realizados com o intuito de avaliar a sua auto-percepção quanto à saúde bucal e o impacto deste aspecto na sua qualidade de vida (HEBLING; PEREIRA, 2007; ESMERIZ; MENEGHIM; AMBROSANO, 2011; LOCKER; CLARKE; PAYNE, 2000). Além disso, têm sido avaliados aspectos funcionais, sociais, econômicos e psicológicos que são consideravelmente afetados por uma condição bucal insatisfatória. Com tal propósito, inúmeros questionários foram elaborados e validados para a realização

destas avaliações e atualmente tem sido amplamente utilizados para realização de pesquisas relacionadas a estes propósitos (HEBLING; PEREIRA, 2007; ABUD et al., 2008; IKEBE et al., 2012).

Neste contexto, pode-se inserir também a Teoria Salutogênica que trata do estudo de como e porque as pessoas permanecem bem, mesmo sob situações desfavoráveis e estressantes. Esta teoria tem sido considerada na área da saúde como uma nova abordagem para a avaliação de indivíduos em condições crônicas de saúde ou pertencentes a grupos específicos, como idosos, adolescentes, gestantes e crianças. O conceito central do novo modelo proposto é denominado Senso de Coerência (SOC) o qual foi formulado a fim de identificar a resposta para a questão salutogênica. SOC significa um estado de harmonia e bem-estar com o meio social, familiar e consigo mesmo e é composto teoricamente por componentes que atuam conjuntamente, permitindo ao indivíduo enfrentar os estressores presentes na vida cotidiana, e têm sido utilizados pelos pesquisadores que trabalham com qualidade de vida para definir quais as áreas são críticas para que o indivíduo sinta-se bem e saudável (DANTAS, 2007).

Dessa forma, conhecer os aspectos envolvidos na percepção da saúde pode revelar os grupos mais vulneráveis de idosos e subsidiar assim informações básicas que devem nortear os serviços de saúde, quanto às iniciativas de promoção de melhor qualidade de vida. Com vistas a toda essa problemática, no que se refere ao idoso, é essencial que estudos sejam realizados visto que a saúde bucal ainda tem sido relegada ao esquecimento no Brasil, existindo ainda um alto número de pessoas parcial e totalmente edêntulas. Além disso, estudos epidemiológicos de base populacional contribuem para identificação de problemas, e norteiam a busca por melhores condições de vida para esta faixa etária da população.

2 Projeto de Pesquisa

2. 1 Caracterização do problema

A importância de se investigar aspectos relacionados aos fatores sociodemográficos, psicossociais, à saúde geral e bucal que podem influenciar na qualidade de vida dos indivíduos idosos, se deve à busca de um atendimento em serviços públicos ou privados, que não ignore os aspectos sociais e emocionais da saúde destes indivíduos. Dessa forma, os órgãos administrativos e os profissionais da área odontológica, que prestam atendimento a esta faixa etária da população, estarão conscientes sobre as necessidades destes indivíduos, permitindo assim, a oferta de serviços adequados e direcionados às necessidades dos idosos. A qualidade de vida e o envelhecimento saudável dependem de um conjunto de fatores presentes no dia-a-dia do idoso (DAVIM et al., 2004). Segundo a Organização Mundial da Saúde, a “Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. Com base neste conceito e o novo perfil da população, torna-se fundamental propiciar maior ênfase às políticas de promoção de saúde e à manutenção da autonomia para o idoso uma vez que a qualidade de vida está diretamente relacionada às boas condições de saúde geral e está associada a fatores emocionais e às perspectivas do paciente (FARQUHAR, 1995).

No entanto, no Brasil, a saúde bucal ainda tem sido relegada ao esquecimento no que se refere às condições de saúde da população idosa. Assim, a perda total de dentes 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, destinadas principalmente à população adulta, para que seus dentes sejam mantidos até que idades mais avançadas sejam alcançadas (PUCCA JR., 2000).

2.2 Delineamento Experimental

Será realizado um estudo epidemiológico transversal com a finalidade de investigar diferentes desfechos relacionados à qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos idosos frequentadores do Centro de Extensão em Atenção à Terceira Idade (CETRES). Serão convidados a participar deste estudo todos os indivíduos idosos inseridos no CETRES, no período compreendido entre Março de 2013 e Dezembro de 2014, com idade igual ou superior a 60 anos, segundo a Organização Mundial da Saúde. Serão avaliados aqueles que aceitarem participar do estudo, após terem sido adequadamente informados sobre a pesquisa e assinarem um termo de consentimento livre e esclarecido. Estes serão submetidos a exames clínicos para avaliação da atual situação da cavidade bucal e a entrevistas para obtenção de dados relacionados a fatores sociodemográficos, ao nível de ansiedade, depressão, felicidade, senso de coerência, qualidade de vida geral e impactos das condições bucais na qualidade de vida. Os exames clínicos serão realizados por examinadores devidamente calibrados, seguindo os critérios da *World Health Organization*.

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo Geral

O objetivo deste estudo epidemiológico transversal será investigar a associação entre fatores, sociodemográficos, psicossociais e condições bucais na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal em idosos inseridos no Centro de Extensão em Atenção à Terceira Idade – CETRES, Pelotas, RS, quando entrevistados com o questionário OHIP-14 (Impacto das Condições Bucais na Qualidade de Vida).

2.3.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a autopercepção dos idosos sobre as condições da saúde bucal e identificar quais fatores investigados interferem nesta percepção;

- Investigar a influência de fatores psicossociais (nível de ansiedade, depressão, felicidade, senso de coerência) e aspectos sociodemográficos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal;
- Investigar a influência de fatores psicossociais (nível de ansiedade, depressão, felicidade, senso de coerência) e aspectos sociodemográficos na ausência ou presença de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular;
- Investigar o impacto de aspectos sociodemográficos na autopercepção sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

2.4 Hipótese

Será testada a hipótese de que haverá associação entre os fatores avaliados e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal da população avaliada.

2.5 Seleção dos Voluntários

Este estudo foi submetido e aprovado (protocolo 30/2013) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (Apêndice A). A população deste estudo será composta de indivíduos idosos inseridos no CETRES, no período compreendido entre Março de 2013 e Dezembro de 2014 e que seja capaz de compreender e de se comunicar para responder os questionários. Serão avaliados todos aqueles que aceitarem participar do estudo, após terem sido adequadamente informados sobre os desfechos da pesquisa e assinarem um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B). Estes serão submetidos a entrevistas a partir de questionários padronizados e validados selecionados para obtenção de dados relacionados a fatores sociodemográficos (Apêndice C), ao nível de ansiedade, depressão, felicidade, senso de coerência e auto percepção em relação à sua saúde bucal, bem como à exames clínicos para avaliação da atual situação da cavidade bucal (Apêndice D). Os examinadores serão adequadamente calibrados e avaliados quanto ao nível de concordância a partir da avaliação de uma população que não fará parte da pesquisa. Será realizada a entrevista, seguida do exame clínico, nesta sequência, para que o examinador não seja influenciado pelo exame clínico na obtenção da resposta do participante durante a entrevista. O CETRES é um Grupo de Convivência de Idosos,

situado da cidade de Pelotas, RS, administrado pela Universidade Católica de Pelotas e situado na Avenida Domingos de Almeida, nº 3150. O CETRES tem o objetivo de desenvolver ações educativas, socioculturais e de apoio à saúde mental para a promoção e melhoria da qualidade de vida da Terceira Idade. Este grupo é assistido por uma equipe multidisciplinar de técnicos e universitários, que ofertam oficinas com diferentes atividades proporcionando convivência em grupo e o conhecimento e atualização em assuntos de seu interesse, além de atividades recreativas e atividades físicas.

2.6 Questionários utilizados

Os questionários foram selecionados após ter sido realizada uma revisão na literatura buscando escolher a melhor forma de obtenção dos dados através deste instrumento de avaliação. Também serão coletadas informações sociodemográficas e sobre uso de serviços odontológicos.

2.6.1 Avaliação da Qualidade de Vida (OMS)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o conceito de Qualidade de Vida está diretamente relacionado a questões de saúde, bem-estar e sentimentos positivos. Assim, foi desenvolvido um instrumento para avaliação de Qualidade de Vida, o *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100)*. No entanto, a população idosa apresenta algumas características específicas, e estes aspectos fundamentais não estão presentes neste instrumento de avaliação. Por este motivo, e baseado no WHOQOL-100, foi desenvolvida e validada uma versão brasileira do WHOQOL voltado a idosos, o WHOQOL-OLD (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006). Por se tratar de um instrumento de avaliação da qualidade de vida em idosos, este foi o motivo da escolha deste instrumento. Este questionário possui vinte e quatro questões agrupadas em seis dimensões (funcionamento dos sentidos- questões 1,2,10 e 20; autonomia- questões 12, 13, 15 e 19; atividades passadas, presente, e futuras- questões 3, 4, 5 e 11; participação social- questões 14, 16, 17 e 18; morte e medo de morrer- questões 6, 7, 8 e 9; intimidade- questões 21, 22, 23 e 24). Cada questão possui cinco opções de resposta (escores de 1 à 5). O total de

escores varia de 24 à 120 pontos, e escores mais altos denotam alta qualidade de vida (RODRIGUES et al., 2012).

2.6.2 Impacto das Condições Bucais na Qualidade de Vida

Para obtenção destes dados foi proposto o índice *Oral Health Impact Profile (OHIP)*. O objetivo do OHIP é medir o impacto da saúde ou condição bucal, na qualidade de vida. Primeiramente este índice era composto por 49 itens (OHIP-49), posteriormente uma forma simplificada foi estabelecida, constituída por 14 itens: *Oral Health Impact Profile-short form (OHIP-14)*, o qual foi traduzido para diversos idiomas e neste estudo será utilizada a versão brasileira (OLIVEIRA; NADANOSVSKY, 2005) (ANEXO B). Este questionário é baseado em questões nos seguintes domínios: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, deficiência física, deficiência psicológica, deficiência social e incapacidade. Cada domínio possui duas questões, com escores variando de 0 à 4 pontos (0= nunca; 1=quase nunca; 2=ocasionalmente; 3=bastantes vezes; 4= frequentemente). Os escores finais variam de 0 a 56 pontos, em que escores mais altos denotam maiores impactos na qualidade de vida. O OHIP-14 é o instrumento mais utilizado para avaliar o impacto adverso provocado por condições bucais no bem-estar e na qualidade de vida dos indivíduos (SANDERS et al., 2009), além disso, trata-se de um questionário amplo e completo para mensuração do impacto da saúde bucal na qualidade de vida (JOHN et al., 2004), portanto, por estes motivos foi escolhido para ser utilizado neste estudo.

2.6.3 Avaliação de Sinais e Sintomas de Disfunção Temporomandibular (DTM)

Para avaliação de parâmetros relacionados á disfunção temporomandibular será utilizado o Índice de Helkimo modificado, o qual já foi utilizado em outros estudos (CONTI et al., 2003; BOSCATO et al., 2013) (ANEXO C). Neste questionário os seguintes itens serão avaliados: 1-dificuldade para abrir a boca; 2- mover a mandíbula para os lados; 3- cansaço/dor muscular durante os movimentos mastigatórios; 4- dores de cabeça; 5- dor na região occipital; 6- dor na região do ouvido; 7- barulhos na região temporomandibular durante a mastigação ou 8- abertura; 9- apertamento ou ranger dos dentes; 10- status psicológico. Um escore

será dado baseado na presença ou severidade de cada item e a soma destes escores será utilizada para classificar a DTM em 4 categorias: ausente, leve, moderada ou severa. A quantificação dos escores será realizada da seguinte forma: escore 0 (quando nenhum sintoma for reportado), indicando a ausência de sintomas de DTM; escore 1 (quando forem reportados de 1 à 3 sintomas) indicando ocorrência ocasional dos sintomas (leve); escore 2 (quando forem reportados de 4 à 6 sintomas) indicando presença de disfunção (moderada); escore 3 (de 7 à 10 sintomas reportados), indicando dor severa ou sintomas bilaterais. O número e a frequência de respostas positivas serão utilizados para categorizar os indivíduos nos diferentes grupos de acordo com severidade dos sintomas.

2.6.4 Nível de Ansiedade e Depressão

Segundo a literatura, a etiologia de desordens temporomandibulares (DTM) parece ser multifatorial, e a ansiedade e depressão podem estar associadas. Por este motivo, no intuito de complementar a avaliação de DTM será utilizada a escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (ANEXO D). Adicionalmente, a escala de ansiedade e depressão serão também utilizadas para avaliar o desfecho qualidade de vida relacionada à saúde bucal. A escala HADS, contém sete questões relacionadas à ansiedade (HADSa) e sete relacionadas à depressão (HADSd) (BOTEGA et al., 1995). Existem quatro escolhas de resposta para cada questão, com escores que podem variar de 0 a 3. O total de escores deste questionário (HADS) pode variar de 0 a 21 pontos (0- 21 para ansiedade e 0- 21 para depressão). Para a análise estatística o nível de ansiedade será considerado em tercis: 1 (escore de 0 à 8, serão interpretados como não havendo caso de ansiedade e depressão= normal); 2 (escores de 9 à 10 serão interpretados como havendo casos de leve ansiedade e depressão); 3 (escores de 11 à 21 serão interpretados como havendo casos de alta ansiedade e depressão= alta). Para avaliação de ansiedade e depressão, o número e frequência de respostas positivas serão utilizados para categorizar o nível de ansiedade e depressão em normal, moderado e alto.

2.6.5 Auto Percepção de Felicidade

A fim de obter o perfil da população em estudo, em relação ao sentimento de felicidade, será utilizada uma escala de auto percepção de felicidade. Este parâmetro será avaliado através de uma pergunta acompanhada por uma escala de faces, em que serão consideradas felizes as pessoas que apontarem as faces A e B.

Identificar a relação entre a felicidade e condições de saúde é fundamental para a concepção de bem-estar. A escala já foi utilizada em estudo anterior, trata-se de um instrumento de único item (única pergunta), a qual tem a finalidade de reduzir erros de mensuração (SCALCO; ARAÚJO; BASTOS, 2011) (ANEXO E).

2.6.6 Senso de Coerência (SOC)

O instrumento de avaliação do Senso de Coerência foi intitulado por Antonovski de Questionário de Avaliação para a Vida (*Orientation to Life Questionnaire*), mas tem sido referido na literatura como Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky (QSCA). Trata-se de um questionário fechado e sistematizado com 29 itens distribuídos segundo três componentes: 11 itens investigam o componente da **compreensão** (maneira como o indivíduo apreende os estímulos intrínsecos ou extrínsecos como informação ordenada, consistente, clara e estruturada- questões 1, 3, 5, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 24, 26), dez itens relacionam-se ao **manuseio** (indivíduo tem ao seu alcance recursos para satisfazer as exigências colocadas por esses estímulos- questões 2, 6, 9, 13, 18, 20, 23, 25, 27, 29) e oito itens com o componente **significado** (exigências são desafios, capazes de catalisar o investimento e o empenho do indivíduo- questões 4, 7, 8, 11, 14, 16, 22, 28). O valor Senso de Coerência é o resultado da soma de todos os itens (ANEXO F).

Este instrumento já foi traduzido para o português e usado em Portugal (NUNES, 1999) e também no Brasil (FREIRE; HEIHAM; HARDY, 2001).

2.7 Realização do Exame Clínico

Para a realização do exame clínico serão seguidas as instruções do Manual da OMS para Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal (WHO, 1997), além disso, uma ficha para realização do exame e obtenção de dados pessoais dos pacientes será utilizada.

Visando a confiabilidade e validação dos dados obtidos será realizada uma calibração intra-examinador, em que a concordância obtida deverá estar entre 85 a 95%.

2.7.1 Posição para o Exame Intraoral

As pessoas a serem examinadas estarão sentadas em uma cadeira com encosto alto e o examinador em pé, atrás ou na frente da cadeira. A posição mais confortável recomendada seria manter a pessoa deitada em uma mesa ou bancada e o examinador sentado atrás de sua cabeça, no entanto, esta posição não será realizada visando o conforto dos idosos examinados.

2.8 Variáveis

2.8.1 Variável dependente

A percepção sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal será avaliada pelo escore do instrumento OHIP-14, e este será dicotomizado em presente e ausente.

2.8.2. Variáveis independentes

As demais variáveis coletadas (saúde bucal, qualidade de vida, sinais e sintomas de DTM, nível de ansiedade, nível de depressão, felicidade e senso de coerência, conhecimento sobre higiene bucal), passarão por prévia categorização conforme abaixo demonstrado na Figura 1.

Variável		Tipo de Variável	Categorias
Saúde Bucal	CPOD	Categórica ordinal	Categorizada em tercís
	Mucosa Oral	Categórica dicotômica ordinal	Presença de lesão; Ausência de lesão
	Exame Extraoral	Categórica dicotômica ordinal	Presença de lesão; Ausência de lesão
	Uso de prótese	Categórica dicotômica ordinal	Usa; Não usa
	Necessidade de prótese	Categórica dicotômica ordinal	Usa (e necessita trocar; e não necessita trocar); Não usa (e necessita de prótese; e não necessita de prótese)
Qualidade de Vida		Categórica dicotômica	Categorizada a partir da mediana
Sinais e sintomas de DTM		Categórica ordinal	Ausente leve, moderado e severo.
Nível de ansiedade		Categórica ordinal	Normal, moderado e alto.
Nível de depressão		Categórica ordinal	Normal, moderado e alto
Felicidade		Quantitativa discreta	Escore de 1 à 5.
Senso de Coerência		Contínua	Escore de 29 a 203.
Conhecimento sobre higiene bucal		Categórica	Adequado; Não adequado

Figura 1- Categorização das Variáveis

2.9 Processamento dos Dados e Análise Estatística

Os dados serão digitados em duplicidade e independentemente em uma planilha do programa EpiData, com posterior checagem para inconsistências. A análise será realizada no software Stata 12.0. Inicialmente será feita a análise

descritiva. O efeito das variáveis independentes no desfecho qualidade de vida relacionada à saúde bucal será analisado através de Análise Bi-variada (Qui-quadrado e Qui-quadrado para Tendência Linear) e Multivariada (Regressão de Poisson).

3 Cronograma

As etapas de execução do presente estudo serão conforme segue no quadro abaixo:

Mês/Ano	Revisão de Literatura	Qualificação do Projeto de Dissertação	Envio do Projeto para o Comitê de Ética	Coleta e Obtenção dos Dados	Redação	Apresentação da Dissertação e Submissão do artigo
Mar./2013	X					
Abril./2013	X					
Maió/2013	X					
Junho/2013	X					
Julho/2013	X					
Agosto/2013	X	X	X			
Set./2013- Maio/2014	X			X		
Junho/2014	X			X	X	
Julho/2014	X			X	X	
Agosto/2014	X			X	X	
Setem./2014	X			X	X	
Fev./ 2015	X					X

4 Relatório do Trabalho de Campo

O presente estudo foi conduzido no intuito de avaliar inúmeros fatores que podem influenciar o bem-estar e na qualidade de vida de idosos inseridos em um Centro de Convivência. Por se tratar de um projeto amplo com diferentes desfechos, na presente dissertação optou-se em avaliar o Impacto das Condições Bucais na Qualidade de Vida (Questionário-OHIP-14) dos idosos entrevistados, observando associações com fatores psicossociais, sociodemográficos e clínicos. É importante pontuar também que nem todos os dados coletados foram usados neste artigo (Qualidade de Vida Geral-WHOQOL-BREF (APÊNDICE 1), e Sinais e Sintomas de Disfunção Temporomandibular com o Índice Modificado de Helkimo) então certamente outras associações serão avaliadas futuramente.

Após uma ampla busca na literatura a respeito deste assunto, questionários foram escolhidos a fim de se obter diferentes desfechos. Além de entrevistas, foram realizados exames clínicos para avaliar a situação de saúde bucal nestes indivíduos. A aplicação dos questionários selecionados para serem usados, foi testada a partir de uma entrevista realizada com idosos que não participariam da pesquisa em um estudo piloto. Foi avaliado o tempo total da entrevista juntamente com o exame clínico da cavidade oral. A prática deste estudo demonstrou a necessidade de alteração de um questionário por questões de tempo. Por este motivo foi realizada a alteração do questionário *WHOQOL-OLD* por *WHOQOL-BREF* a fim de diminuir o tempo da entrevista, visto que as entrevistas poderiam tornar-se cansativas por serem aplicadas em uma população idosa. Assim, a média de tempo das entrevistas foi de 30 a 45 minutos aproximadamente.

O Centro de Extensão em Atenção à Terceira Idade-CETRES possui 20 oficinas com atividades de habilidades manuais (crochê, tricô, pintura, bordado entre outros), cunho intelectual (como espanhol, grupo de estudos da terceira idade, memória, entre outros) e oficinas de movimento (como dança cigana, do ventre, fisioterapia, entre outros). A grande dificuldade encontrada no presente estudo foi que muitas idosas sentiam necessidade de explicar cada resposta, aumentando

ainda mais o tempo da entrevista e não permitindo um maior número de entrevistas diárias, pois o período de aulas do grupo funcionava apenas das 14:00 às 17:00h. Outra dificuldade foi o fato de algumas oficinas não permitirem que as entrevistas fossem realizadas durante a aula (como as oficinas de habilidades manuais como tricô, crochê, bordado entre outras), dificultando assim a realização da pesquisa com alguns idosos, pois nem sempre os mesmos estavam disponíveis para a pesquisa em horários extraclasse.

Previamente a coleta dos dados foi realizada a calibração dos 3 examinadores a fim de se obter a confiabilidade dos dados. Primeiramente foi realizada uma aula teórica com recurso multimídia com duração de 1h, onde foram abordados os dados avaliados nos exames clínicos (dados de cárie, e uso e necessidade de prótese). Posteriormente a esta aula, exames clínicos com 15 voluntários não pertencentes ao estudo foram realizados, obtendo-se uma média de Kappa de 0.93 para cárie dentária, 0.90 para o uso de prótese e 0.74 para necessidade de prótese.

Finalmente, é importante salientar que acredito que a apresentação da dissertação na forma de artigo é um formato bastante interessante para que o aluno adquira experiência na redação de artigos. Nesta dissertação, para melhor apresentação do artigo inserido, o mesmo já foi submetido para revisão de inglês no site "Papercheck: Proofreading & Paper Editing".

5 Artigo*

Impact of psychosocial, sociodemographic and clinical oral health characteristics on Oral Health-Related Quality of Life of elderly people

Running head: Quality of life measured by OHIP-14 in elderly people

Fernanda Weingartner Machado,^a Ana Paula Perroni,^a Marília Leão Goettems,^b Noéli Boscato^b

^a Student, Graduate Program in Dentistry, Federal University of Pelotas, Pelotas, RS, Brazil

^b Professor, Graduate Program in Dentistry, Federal University of Pelotas, Pelotas, RS, Brazil

Corresponding author:

Professor Noéli Boscato

Graduate Program in Dentistry, Federal University of Pelotas

Rua Gonçalves Chaves, 457, 2nd floor

96015-560, Pelotas, RS, Brazil.

Fax: +55 53 32256741.

E-mail address: noeliboscato@gmail.com

* Este artigo está formatado para ser submetido para a revista Community Dentistry and Oral Epidemiology

Abstract

Objectives: This cross-sectional study aimed to evaluate the effects of sociodemographic, psychosocial and clinical oral characteristics on the oral health-related quality of life (OHRQoL) of individuals in a third age group in Pelotas, Brazil. *Methods:* Trained examiners assessed the participants' oral health (dental caries; use of and need for dental prostheses) and conducted interviews. Data about sociodemographic characteristics were collected, as well as information related to anxiety, depression, happiness, sense of coherence and the impacts on OHRQoL, which were assessed using the Oral Health Impact Profile (OHIP-14). Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests were used to assess the differences between the evaluated factors and OHRQoL. Univariate and multivariate Poisson regression analyses were conducted to assess factors associated with the outcome OHRQoL. *Results:* The OHIP-14 scores ranged from 0 to 56 with a 6.52 (SD 8.64) mean. The unadjusted Poisson regression assessments of the associations revealed that among older individuals, lower family income, having less than 11 teeth present and being classified with low/high anxiety and depression had higher impacts on OHRQoL. Also, a high sense of coherence was associated with lower perception of impacts (RR 0.34; 95% CI 0.21–0.54). After adjustments, quality of life was associated with sex (RR 3.60; 95% CI 1.27–10.20), family income (RR 1.55; 95% CI 1.00–2.40), age (RR 0.34; 95% CI 0.16–0.72) and sense of coherence (RR 0.37; 95% CI 0.22–0.62). *Conclusions:* Psychosocial characteristics, as well as sociodemographic and clinical oral health conditions have showed to influence individual perception about OHRQoL in elders enrolled in a Third Age Group.

Keywords: Quality of Life. Elderly. Dental Care for Aged. Epidemiologic studies.

Introduction

Elderly population is constantly growing worldwide; because of this, more attention has been given to their health and quality of life (1). The concept of quality of life is directly linked to the degree of satisfaction with one's family, social life (2) and general and oral health over the years. Thus, the people's aging and well-being could be associated with psychosocial factors. On that basis, oral health-related quality of life (OHRQoL) measures are increasingly being used in oral epidemiological studies to evaluate the association between oral status and other factors that affect quality of life (3, 4).

Studies conducted on elderly populations have shown that perceptions of OHRQoL are influenced by sociodemographic (5) and clinical factors (6). In the adult population, previous published data showed that OHRQoL is strongly linked to psychosocial factors (7, 8). Anxiety was shown to influence quality of life among adults (9, 10). The sense of coherence (SOC) of individuals, which represents a global orientation of viewing the world and the individual environment as comprehensible, manageable, and meaningful (11), was also associated with OHRQoL in adults (10) and elders (12). It is possible that other characteristics, such as happiness, could affect perception about OHRQoL. These factors are important because they may explain why the same people can remain well even after stressful life events or adverse conditions. Nonetheless, there are few studies in the literature evaluating if SOC is linked to oral health in elderly people and to our knowledge, this is the first epidemiologic study evaluating the association between the SOC, happiness, anxiety and depression and OHRQoL in a third age group. Since clinical oral situations tend to decrease with age (12), aging could affect health, comfort and well-being (11) and thus affect OHRQoL perceptions.

Despite recent improvements observed in oral health conditions, as age increases, a person is more likely to experience health and mobility problems and to be at increased risk of developing oral diseases (14). Probably because of this, edentulism increases in direct proportion with life expectancy. Thus, epidemiological studies about the conditions and determinants of oral elderly health are essential to health improvement policies for this population. For this reason, this cross-sectional epidemiological study is aimed at evaluating the independent associations between OHRQoL and sociodemographic, psychosocial and oral health in individuals inserted into a third age group in the city of Pelotas, Brazil. Since these groups seek healthy aging and better quality of life, it is important that they be assessed, in order to allow comparisons with general populations. The hypothesis tested was that OHRQoL is associated with the sociodemographic, psychosocial and oral health characteristics of this population.

Methods

2.1 Ethical Aspects

This study presents no conflicts of interest and was approved by the Human Research Ethics Committee of the Federal University of Pelotas, Brazil (protocol 30/2013). The individuals who agreed to participate of the study signed a written informed consent based on the Declaration of Helsinki before enrollment in the study.

2.2 Study Design

This cross-sectional study was carried out according to Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) (15). All of the elderly people at the Social Center for the Elderly were invited to participate from March to December of 2014. This group of elderly was chosen for this study because it is the biggest of of Rio Grande do

Sul, Brazil. After acceptance, the elderly was evaluated according to the following inclusion criteria: enrollment in the Social Center for Elderly, and adequate cognitive capacity to answer the questionnaire.

Data Collection

The measurement instrument included a clinical examination form and questionnaires. The collected data were organized as follows: Demographics: sex (male and female); age at time of data collection (51–60, 61–70 and 71–90); marital status (single, divorced, widowed, married or in a stable union); Economic: educational level (> 8 years and ≤ 8 years); household income (based on the minimum wage in Brazil and categorized as more than 2 wages or 1–2 wages).

The variables related to psychosocial factors included measures to assess anxiety and depression. Anxiety levels were determined using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). The HADS consists of seven items for depression (HADSd) and seven items for anxiety (HADSa). There are four answer choices for each item, each with a score that can vary from 0 to 3. The total HADS scores vary from 0 to 21 points (0 to 21 points for anxiety and 0 to 21 points for depression). The main characteristics of the HADS are that the items covering the somatic symptoms of anxiety and depression have been eliminated, and for the statistical analyses, anxiety levels were considered in tertiles: 1st (scores from 0 to 8 were interpreted as no case of anxiety = normal); 2nd (scores from 9 to 10 were interpreted as possible cases = low); and 3rd (scores from 11 to 21 were interpreted as probable cases = high anxiety) (16).

Happiness was measured through the Question Scale Andrews, which presents different faces. The happiness ranges from high to low in faces A to G; individuals were considered happy if they selected faces A or B (17).

The Sense of Coherence (SOC) questionnaire was used in this study, which consists of 29 items scored with 7-point scales. The total scores in this scale can range from 29 to 203 points, with higher scores indicating stronger SOC. The SOC scale was designed to assess the following three components of SOC: comprehensibility, manageability and meaningfulness (11). For this study the median was used to dichotomized into high and low.

Finally, the main outcome of the study, the oral health-related quality of life (ORHQoL), was measured by the Oral Health Impact Profile (OHIP-14). This assessment tool has 14 questions addressing ORHQoL in the previous 12 months based on seven dimensions: functional limitations, physical pain, psychological discomfort, physical disability, psychological disability, social disability and handicap. Each dimension has two questions with scores ranging from 0 to 4 points: 0 = never, 1 = hardly ever, 2 = occasionally, 3 = fairly often and 4 = very often. The final scores range from 0 to 56 points, with higher scores denoting greater impact on quality of life (18).

Prior to data collection was performed calibration of the 3 examiners in order to obtain data reliability. At first a theoretical class with multimedia capability lasting 1h was carried out, where the data evaluated in clinical studies were discussed (caries data, and use and need of prosthesis). Later this class, clinical examinations with 15 volunteers outside the study were performed. Three trained and calibrated examiners conducted the clinical examinations under natural light using a buccal mirror and periodontal probe, with the participant in the sitting position. Data were collected on the use of and need for dental prostheses, including the presence of prosthetic spaces and the quality of their rehabilitation. The use of and need for dental prostheses were assessed in the upper and lower arches, following the World Health Organization (WHO) criteria. The same individual could be using and, at the same time, need prostheses, if their device was considered inappropriate. In this context, a prosthesis was considered to have inadequate quality when it presented instability and lack of retention or

when there was a loss of vertical dimension, resulting from either incorrect manufacturing or as a result of wear of artificial teeth or changes because of extended time of use. In the analyses, the need for and use of dental prostheses were considered to be a dichotomous variable. Data were also collected about the number of decayed, missing, and filled teeth (DMFT) and the number of teeth present (19).

Data analysis

The statistical software program STATA 12.0 (Stata Corp, College Station, USA) was used for the analyses. Kappa statistics were calculated to assess inter-examiner reliability. The Kappa values for dental prosthesis use ranged from 0.80 to 0.96 (mean 0.90), from 0.66 to 0.76 (mean 0.74) for need for prosthesis and from 0.91 to 0.94 (mean 0.93) for dental caries. The data pattern distribution was analyzed, and the non-parametric Mann–Whitney and Kruskal–Wallis tests were used to assess the associations between the independent variables with the overall OHIP score and with the means of the OHIP domains. Unadjusted Poisson regression analyses with robust variance were performed to correlate the overall mean OHIP-14 score with each independent variable. In this analysis, the outcomes were considered by calculating continuous outcomes and rate ratios, which correspond to the quotient between the average scores of each comparison group and 95% confidence intervals (95% CI). A multivariate model was later run with the covariates. These covariates were selected using a backward stepwise procedure. Only variables with $p \leq 0.25$ were entered into the model; the variables needed to present $p \leq 0.05$ in order to be retained in the final multivariate model.

Results

Of the 144 participants of the Third Age Group invited to take part in the study, 110 agreed to participate (76.38%). Other individuals did not include because they were meet at least three visits. Most of the individuals were female (93.36%), had family incomes of 1–2

wages (63.16%) and were aged 61–70 years (55.45%). 54.55% were single, divorced or widowed. In relation to clinical conditions, 88 (81.48%) wore dentures and 54 (49.09%) had \leq 11 teeth (Table 1).

The OHIP-14 scores had a non-normal distribution, with scores ranging from 0 to 41 and a mean of 6.52 (SD 8.64). The domain with the highest mean was physical pain 1.57 (SD 1.91), which was associated with sense of coherence, anxiety and depression. Psychological disability was associated with the same variables and also with happiness; use of dental prosthesis; and number of teeth. On the other hand, social disability and handicap were not associated with any of the covariates. Psychosocial characteristics (SOC, anxiety, depression and happiness) were associated with almost all of the OHIP-14's domains (Table 1).

Table 2 shows the results of the unadjusted and adjusted Poisson regression analyses. The unadjusted Poisson regression assessment of the associations revealed that being older (RR 0.39; 95% CI 0.18–0.84), having lower family incomes (RR 1.77; 95% CI 1.03–3.04), having less than 12 teeth present (RR 1.77; 95% CI 1.09–2.88) and being classified with low/high anxiety (RR 2.59; 95% CI 1.56–4.28) and depression (RR 2.77; 95% CI 1.61–4.76), according to the instruments used, had higher impacts on OHRQoL. Also, a high sense of coherence was associated with lower perception of impacts (RR 0.34; 95% CI 0.21–0.54). After adjustment, quality of life was associated with sex (RR 3.60; 95% CI 1.27–10.20), family income (RR 1.55; 95% CI 1.00–2.40), age (RR 0.34; 95% CI 0.16–0.72) and sense of coherence (RR 0.37; 95% CI 0.22–0.62).

Discussion

According to the results of the present study, the hypothesis that there are associations between OHRQoL, as evaluated using the OHIP-14 questionnaire, and sociodemographic, psychosocial and clinical oral factors in a third age group was confirmed. Likewise, to our

knowledge, this is the first epidemiologic study to evaluate the association between SOC, happiness, anxiety, depression and OHRQoL in a third age group.

Regarding psychosocial factors, significant statistical differences were found between OHIP and SOC, happiness, anxiety and depression. Our results are in agreement with studies showing that high levels of depression and anxiety are associated with poorer quality of life and impaired social function (20), as well as increased pain (21), temporomandibular disorders (22) and self-reported health indicators and health behavior (23). Thus, early diagnoses and control of depression can contribute towards better OHRQoL (5).

After multivariate analysis, SOC was the only psychosocial factor to be associated with OHRQoL, showing that people with lower SOC scores presented impaired OHRQoL. This finding is important because few studies in the literature evaluate if SOC is linked to oral health in elderly people (10). Indeed, for this parameter, the comparisons analysis showed statistical differences for almost all dominions of the OHIP. Our findings corroborate with the studies reporting that SOC is an important factor that has been linked to stronger predictions of general and oral health (24). This probably occurs because individuals with high SOC scores assess daily situations with a lack of stress, as well as with comprehensibility, manageability and meaningfulness (11). These findings are supported by previous published data showing that SOC is strongly linked to oral health behaviors and OHRQoL in observational studies (24, 25). In addition, prospective studies have shown that high SOC scores are related to fewer symptoms and better self-rated health and QoL in adults (26) and better OHRQoL in children (24, 25) and adults (27). These findings are supported by previous published data showing that OHRQoL is strongly linked to psychosocial factors (7, 8).

On the other hand, our results show that some clinical oral conditions, such as use of or need for dental prostheses, had low influence on quality of life, corroborating with the

results of another study (5). Nonetheless, the adjusted ratios for the independent variables found significant associations between the number of teeth (clinical conditions), family income (economic factors), age and sex (demographic factors) with OHRQoL. On the other hand, another study found that painful symptoms exhibit greater impact on self-rated oral health than psychosocial factors and clinical oral conditions (28).

Population-based studies conducted in developed countries have shown that elderly participants with higher socioeconomic status had better oral health (29). Lower family income likely plays an important role in the prevalence of tooth loss since it makes access to health services more difficult (30) and can be associated with poorer oral health habits. Our results show a strong association between clinical oral conditions (number of teeth) and self-related oral health, similar to another study (31). The number of teeth showed statistical differences regarding the first and fourth dominions of OHIP, namely functional limitations and psychological disability, demonstrating that tooth loss can compromise speech and cause aesthetic and social problems, which may impair oral health-related quality of life (7), culminating in psychological disorders and an increased likelihood of geriatric diseases (32).

Regarding the demographic factors, gender and age influenced OHRQoL when evaluated with the OHIP-14. Women and older people were more satisfied when compared with men and patients aged 51 to 60. The people in the youngest age group were usually still involved in working life and different social situations. These findings confirmed that older people have the facility to adapt to clinical and socioeconomic changes. Likewise, these individuals have fewer complaints about oral conditions because they have greater degrees of adaptive capacity, which can be expected to influence their quality of life (33, 34, 35).

The present study improves the current knowledge about the OHRQoL of elderly individuals inserted into third age groups. Nearly all of the individuals in the specified third

age groups were included; thus, the results reflect the actual conditions of the studied population. The internal validity of this study was assured by adequate calibration among the examiners and the use of standardized and validated questionnaires. Finally, the use of criteria established by the WHO allows these results to be compared directly with future research employing the same criteria. One limitation is the cross-sectional design, which can limit causal inferences. Further research should be performed to evaluate the factors associated with OHRQoL (5) and quality of life because severity of diseases can change over time.

Further studies are recommended to elucidate the factors associated with this population and to evaluate related factors regarding the impact of OHRQoL on quality of life. In this way, dentistry and health services play an important role in the overall health and psychological state of individuals by maintaining adequate oral health conditions and improve standards of care to meet this demand.

The results of this cross-sectional epidemiological study showed that a lower sense of coherence and fewer teeth present were strongly associated with impaired oral health-related quality of life. The differences in age groups, gender and family income show that women and older patients with higher family incomes were more satisfied than men and younger participants with lower family incomes.

Acknowledgments

The authors thank Ayumi Kodama for her collaboration on data collection and the elderly of CETRES for accepting participate in the study.

References

1. World Health Organization (WHO). Oral health surveys: basic methods. 4th ed. Geneva, Switzerland: WHO; 1997.

2. Zanatta FB, Ardenghi TM, Antoniazzi RP, Pinto TM, Rösing CK. Association between gingival bleeding and gingival enlargement and oral health-related quality of life (OHRQoL) of subjects under fixed orthodontic treatment: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2012;12:53.
3. Walter MH, Schuette U, Raedel M, Koch R, Wolf B, Scheuch K, et al. Oral health-related quality of life and oral status in a German working population. *Eur J Oral Sci*. 2011;119(6):481-8.
4. Visscher CM, Lobbezoo F, Schuller AA. Dental status and oral health-related quality of life. A population-based study. *J Oral Rehabil*. 2014;41(6):416-22.
5. Silva AE, Demarco FF, Feldens CA. Oral health-related quality of life and associated factors in Southern Brazilian elderly. *Gerodontology*. 2013.
6. Yen YY, Lee HE, Wu YM, Lan SJ, Wang WC, Du JK, et al. Impact of removable dentures on oral health-related quality of life among elderly adults in Taiwan. *BMC Oral Health*. 2015;15(1):1.
7. Tsakos G, Marcenes W, Sheiham A. The relationship between clinical dental status and oral impacts in an elderly population. *Oral Health Prev Dent*. 2004;2(3):211-20.
8. Zeng X, Sheiham A, Bernabé E, Tsakos G. Relationship between dental status and Oral Impacts on Daily Performances in older Southern Chinese people. *J Public Health Dent*. 2010;70(2):101-7.
9. Mehrstedt M, John MT, Tönnies S, Micheelis W. Oral health-related quality of life in patients with dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(5):357-63.
10. Boman UW, Wennström A, Stenman U, Hakeberg M. Oral health-related quality of life, sense of coherence and dental anxiety: an epidemiological cross-sectional study of middle-aged women. *BMC Oral Health*. 2012;12:14.

11. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59(6):460-6.
12. Mellqvist M, Wiktorsson S, Joas E, Ostling S, Skoog I, Waern M. Sense of coherence in elderly suicide attempters: the impact of social and health-related factors. *Int Psychogeriatr*. 2011;23(6):986-93.
14. Zarb GA, Bolander CL, Hickey JC, Carlsson GE. Boucher's prosthodontic treatment for edentulous patients. 10th edition. St Louis Mosby 1997;
15. Von Elm E, Altman DA, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies 2007; 147(8):W163-94.
16. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The Validity of Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *J of Psychosom Res* 2002; 52(2):69-77.
17. Scalco DL, Araújo CL, Bastos JL. Self-Perceived Happiness and Associated Factors in Adults in a Southern Brazilian City: A Population-Based Study. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2011; 24: 648-57.
18. Almeida AA, Loureiro CA, Araújo VE. Um estudo transcultural de valores de saúde bucal utilizando o instrumento OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) na forma Simplificada. Parte I: Adaptação cultural e linguística. *UFES Rev Odontol* 2004; 6: 6-15.
19. Santillo PM, Gusmão ES, Moura C, Soares ReS, Cimões R. Factors associated with tooth loss among adults in rural areas in the state of Pernambuco, Brazil. *Cien Saude Colet*. 2014;19(2):581-90.
20. Johansson V, Axtelius B, Söderfeldt B, Sampogna F, Paulander J, Sondell K. Multivariate analyses of patient financial systems and oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2010;38(5):436-44.

21. Gerrits MM, van Oppen P, van Marwijk HW, Penninx BW, van der Horst HE. Pain and the onset of depressive and anxiety disorders. *Pain*. 2014;155(1):53-9.
22. Boscato N, Almeida RC, Koller CD, Presta AA, Goettens ML. Influence of anxiety on temporomandibular disorders--an epidemiological survey with elders and adults in Southern Brazil. *J Oral Rehabil*. 2013;40(9):643-9.
23. Konttinen H, Haukkala A, Uutela A. Comparing sense of coherence, depressive symptoms and anxiety, and their relationships with health in a population-based study. *Soc Sci Med*. 2008;66(12):2401-12.
24. Baker SR, Mat A, Robinson PG. What psychosocial factors influence adolescents' oral health? *J Dent Res*. 2010;89(11):1230-5.
25. Gururatana O. The effect of screening programmes on clinical status and oral health related quality of life of children in Thailand. (PhDThesis) 2008, Sheffield, UK: University of Sheffield, School of Clinical Dentistry.
26. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(11):938-44.
27. Savolainen J, Suominen-Taipale AL, Hausen H, Harju P, Uutela A, Martelin T, et al. Sense of coherence as a determinant of the oral health-related quality of life: a national study in Finnish adults. *Eur J Oral Sci*. 2005;113(2):121-7.
28. Sampogna F, Johansson V, Axtelius B, Abeni D, Söderfeldt B. A multilevel analysis of factors affecting the difference in dental patients' and caregivers' evaluation of oral quality of life. *Eur J Oral Sci*. 2008;116(6):531-7.
29. Lynch J, Kaplan G. Socioeconomic position. In: Berkman LF, Kawachi I. *Social epidemiology*: New York, 2000: 13-35.

30. Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. *Cien Saude Colet* 2005; 10:1015-24.
31. Beckett M. Converging health inequalities in later life--an artifact of mortality selection. *J Health Soc Behav*. 2000;41(1):106-19.
32. Trulsson U, Engstrand P, Berggren U, Nannmark U, Brånemark PI. Edentulousness and oral rehabilitation: experiences from the patients' perspective. *Eur J Oral Sci*. 2002;110(6):417-24.
33. Heckmann SM, Heussinger S, Linke JJ, Graef F, Pröschel P. Improvement and long-term stability of neuromuscular adaptation in implant-supported overdentures. *Clin Oral Implants Res*. 2009;20(11):1200-5.
34. Kuoppala R, Närpänkangas R, Raustia A. Outcome of implant-supported overdenture treatment--a survey of 58 patients. *Gerodontology*. 2012;29(2):e577-84.
35. Kuoppala R, Närpänkangas R, Raustia A. Quality of Life of Patients Treated With Implant-Supported Mandibular Overdentures Evaluated With the Oral Health Impact Profile (OHIP-14): a Survey of 58 Patients. *J Oral Maxillofac Res*. 2013; 4(2):4.

Table 1. Sample distribution and univariate analysis between sociodemographic and psychosocial factors and oral clinical specific OHIP-14 scores. Pelotas, 2014 (n=110).

	n (%)	1 Mean (SD)	2 Mean (SD)	3 Mean (SD)	4 Mean (SD)	5 Mean (SD)	6 Mean (SD)
Total	110 (100)	1.06 (1.94)	1.57 (1.91)	1.49 (2.37)	0.75 (1.36)	1.01 (1.72)	0.29 (0.61)
Group of study variables							
Group 1: sociodemographic factors							
Sex							
Male	4 (3.64)	p 0.065* 2.25 (1.71)	p 0.609* 1.75 (1.70)	p 0.145* 1.44 (2.35)	p 0.299* 0.72 (0.34)	p 0.448* 1.50 (1.91)	p 0.339* 0.27 (0.81)
Female	106 (96.36)	1.01 (1.94)	1.56 (1.92)	2.75 (2.75)	1.50 (1.91)	0.99 (1.72)	0.75 (1.61)
Family income							
More than 2 wages	35 (36.84)	p 0.116* 0.62 (1.57)	p 0.562* 1.25 (1.65)	p 0.234* 0.94 (1.83)	p 0.290* 0.51 (1.06)	p 0.159* 0.54 (1.19)	p 0.339* 0.17 (0.61)
1-2 wages	60 (63.16)	1.23 (2.12)	1.61 (2.11)	1.65 (2.55)	0.76 (1.22)	1.08 (1.88)	0.40 (1.01)
Age group							
51–60	11 (10.00)	p 0.247** 1.72 (2.76)	p 0.151** 2.81 (2.52)	p 0.166** 3.18 (3.34)	p 0.065** 1.27 (1.10)	p 0.103** 2.45 (2.80)	p 0.041** 0.63 (1.11)
61–70	6.1 (55.45)	1.14 (1.89)	1.55 (1.83)	1.37 (2.35)	0.80 (1.55)	0.86 (1.49)	0.24 (0.71)
71-90	38 (34.55)	0.73 (1.71)	1.23 (1.71)	1.18 (1.90)	0.52 (1.03)	0.81 (1.52)	0.26 (0.71)
Marital status							
Married/ In stable union	50 (45.45)	p 0.465* 1.30 (2.18)	p 0.577* 1.62 (1.82)	p 0.469* 1.58 (2.33)	p 0.194* 0.90(1.48)	p 0.165* 1.10 (1.83)	p 0.210* 0.38 (0.91)
Single/Divorced/ Widowed	60 (54.55)	0.86 (1.70)	1.53 (1.98)	1.41 (2.41)	0.63 (1.24)	0.93 (1.64)	0.21 (0.81)
Level of education							
> 8 years	71 (64.55)	p 0.573* 1.00 (1.91)	p 0.407* 1.64 (1.84)	p 0.991* 1.45 (2.29)	p 0.165* 0.63(1.31)	p 0.919* 0.92 (1.60)	p 0.819* 0.28 (0.81)
≤ 8 years	39 (35.45)	1.17 (1.99)	1.43 (2.03)	1.56 (2.54)	0.97(1.44)	1.15 (1.94)	0.30 (0.91)
Group 2: Psychosocial factors							
Sense of coherence							
Low	54 (45.45)	p 0.000* 1.70 (2.30)	p 0.006* 2.12 (2.16)	p 0.002* 2.24 (2.74)	p 0.001* 1.22(1.71)	p 0.003* 1.53 (2.08)	p 0.033* 0.46 (1.11)
High	60 (54.55)	0.44 (1.24)	1.03 (1.45)	0.76 (1.67)	0.30(0.65)	0.50 (1.07)	0.12 (0.31)
Happiness							
Low	39 (35.45)	p 0.121* 0.94 (1.93)	p 0.292* 1.43 (1.86)	p 0.133* 1.26 (2.29)	p 0.020* 0.50(1.01)	p 0.024* 0.74 (1.49)	p 0.819* 0.28 (0.81)
High	71 (64.55)	1.28 (1.95)	1.82 (1.98)	1.89 (2.47)	1.20(1.76)	1.48 (2.02)	0.30 (0.81)
Anxiety							
Normal	90 (81.82)	p 0.019* 0.83 (1.65)	p 0.0026* 1.28 (1.69)	p 0.032* 1.23 (2.14)	p 0.001* 0.52(1.00)	p 0.027* 0.80 (1.38)	p 0.019* 0.18 (0.51)
Low/ High	20 (18.18)	2.10(2.73)	2.85 (2.32)	2.65 (3.01)	1.80(2.11)	1.95 (2.64)	0.75 (1.61)
Depression							
Normal	98 (89.09)	p 0.001* 0.85 (1.75)	p 0.017* 1.40 (1.78)	p 0.011* 1.27 (2.19)	p 0.044* 0.62 (1.11)	p 0.075* 0.86 (1.54)	p 0.019* 0.21 (0.71)
Low/ High	12 (10.91)	2.75 (2.59)	2.91 (2.39)	3.25 (3.07)	1.83 (2.44)	2.16 (2.62)	0.91 (1.61)
Group 3: Oral clinical condition							
Number of decayed, missing, and filled teeth (DMFT)							
		p 0.518**	p 0.065**	p 0.075**	p 0.376**	p 0.096**	p 0.621**
0-10	16 (14.95)	1.62 (2.52)	2.00 (2.00)	2.56 (3.65)	1.18(2.16)	1.93 (2.59)	0.56 (1.41)
11-20	28 (26.17)	1.03 (1.85)	0.92 (1.53)	0.71 (1.58)	0.53(1.23)	0.53 (1.29)	0.25 (0.71)
21-32	6.3 (58.88)	0.88 (1.80)	1.74 (2.01)	1.50 (2.28)	0.66 (1.31)	1.00 (1.58)	0.25 (0.81)
Use of dental prostheses							
No	20 (18.52)	p 0.270* 0.70 (1.62)	p 0.085* 0.90 (1.44)	p 0.670* 1.20 (2.14)	p 0.033* 0.30(0.97)	p 0.719* 0.82 (1.60)	p 0.719* 0.20 (0.61)
Yes	88 (81.48)	1.17 (2.01)	1.71(1.97)	1.56 (2.44)	0.87(1.42)	0.74 (1.26)	0.31 (0.81)

Need for dental prostheses

No	34 (31.48)	p 0.247* 1.64 (2.63)	p 0.724* 1.70 (2.11)	p 0.713* 1.35 (2.38)	p 0.932* 0.82 (1.60)	p 0.613* 1.00 (1.95)	p 0.459* 0.50 (1.2)
Yes	74 (68.52)	0.82 (1.49)	1.50 (1.81)	1.56 (2.40)	0.74 (1.26)	1.04 (1.64)	0.20 (0.6)
Number of teeth		p 0.043*	p 0.172*	p 0.146*	p 0.030*	p 0.459*	p 0.304*
> 11	56 (50.91)	0.60 (1.37)	1.32 (1.70)	1.10 (1.98)	0.51(1.15)	0.83 (1.51)	0.17 (0.6)
≤ 11	54 (49.09)	1.53 (2.31)	1.83 (2.08)	1.88 (2.67)	1.00(1.51)	1.18 (1.92)	0.40 (1.0)

p < 0.05 indicates the presence of statistically significant differences; *Mann Whitney; ** Kruskal-Wallis . Dominions: 1- pain; 3- Psychological discomfort; 4- Psychological disability; 5- Physical disability; 6- Social disability; 7- Handicap.

Table 2. Unadjusted and adjusted rate ratios (RR) for independent variables associated to overall OHIP-14 scores. Pelotas, 2014 (n=110).

Variables	RR unadjusted (95%CI)	<i>p</i>	RR adjusted (95%CI)	<i>p</i>
Sex				
Female	1.00	0.221	1.00	0.016
Male	1.81 (0.70-4.71)		3.60 (1.27-10.20)	
Family income				
More than 2 wages	1.00	0.038	1.00	0.051
1-2 wages	1.77 (1.03-3.04)		1.55 (1.00-2.40)	
Age Group				
51-60	1.00	0.044	1.00	0.015
61-70	0.50 (0.27-0.94)		0.45 (0.27-0.74)	
71-90	0.39 (0.18-0.84)		0.34 (0.16-0.72)	
Marital status				
Married	1.00	0.456		
Single/Divorced/ Widower	0.83 (0.51-1.36)			
Level of education				
> 8 years	1.00	0.597		
≤ 8 years	1.15 (0.69-1.93)			
Sense of coherence				
Low	1.00	< 0.001	1.00	< 0.001
High	0.34 (0.21-0.54)		0.37 (0.22-0.62)	
Happiness				
High	1.00	0.070	--	--
Low	1.57 (0.96-2.54)		--	
Anxiety				
Normal	1.00	< 0.001	--	--
Low/High	2.59 (1.56-4.28)		--	
Depression				
Normal	1.00	<0.001	--	--
Low/High	2.77 (1.61-4.76)		--	
Number of decayed, missing, and filled teeth (DMFT)				
0-10	1.00	0.290		
11-20	0.38 (0.17-0.86)			
31-32	0.57 (0.30-1.09)			
Use of dental prostheses				
No	1.00	0.229	--	--
Yes	1.63 (0.73-3.62)		--	

**Need for dental
prostheses**

No	1.00	0.554
yes	0.84 (0.48-1.48)	

Number of teeth

> 11	1.00	0.021	1.00	0.015
≤ 11	1.77 (1.09-2.88)		1.72 (1.11-2.68)	

-- Variables not associated with the outcome after adjustments

6 Considerações Finais

Dentro das limitações do presente estudo transversal pode-se inferir que menor Senso de Coerência e ausência de dentes estão fortemente associados com impactos da saúde bucal na qualidade de vida. Diferenças nos grupos de idade, sexo e renda familiar mostraram que mulheres e pacientes mais velhos com boa renda familiar estão mais satisfeitos com sua qualidade de vida relacionada à saúde bucal do que homens, mais novos e com baixa renda.

Ainda, é importante salientar que a avaliação de indivíduos inseridos em Grupos de Terceira Idade tem fundamental importância, visto que os dados obtidos nesta população podem ser comparados aos obtidos em populações com características diferentes, no intuito de se avaliar a importância destes grupos de convivência e propiciar melhor atendimento aos indivíduos inseridos nesta faixa etária, visto o amplo aumento do número de idosos na população mundial.

Referências

ABUD MC, SANTOS JFF, CUNHA VPP, MARCHINI L. TMD and GOHAI indices of Brazilian institutionalised and community-dwelling elderly. **Gerodontology**,v.26, n.1, p,34-39, 2008.

ARAÚJO LF, CARVALHO VML. Velhices: estudo comparativo das representações sociais entre idosos de grupo de convivência. **Textos Envelhecimento**, v.6, n.10, p.10-22, 2004.

BAKER S.R., MAT A., Robinson P.G. What psychosocial factors influence adolescents' oral health? **Journal of Dental Research**, v.89, n.11, p.1230-1235, 2010.

BECKETT M. Converging health inequalities in later life--an artifact of mortality selection. **Journal of Health and Social Behavior**, v.41, n.1, p.106-119, 2000.

BOMAN U.W., WENNSTRÖ A., STENMAN U., HAKEBER M. Oral health-related quality of life, sense of coherence and dental anxiety: An epidemiological cross-sectional study of middle-aged women. **BMC Oral Health**, v.18, n.12, p.14, 2012.

BOSCATO N, ALMEIDA RC, KOLLER CD, PRESTA AA, GOETTEMS ML. Influence of anxiety on temporomandibular disorders – an epidemiological survey with elders and adults in Southern Brazil. **Journal of Oral Rehabilitation**, v.40, n.9, p.643- 649, 2013.

BOTEGA NJ, BIO MR, ZOMIGNAMI MA, GARCIA JRC, PEREIRA WA. Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD. **Revista Saúde Pública**, v.29, n.5, p. 355-363, 1995.

BORGES P.L.C., BRETAS R.P., AZEVEDO S.F., BARBOSA J.M.M. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.12, p.2798-2808, 2008.

BRASIL. Diário Oficial da União. Portaria nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Diário Oficial da União: Capítulo 1, p.1.

BRASIL. Diário Oficial da União. Portaria nº 1395, Seção 1, p.20-24, de 13 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso.

BRASIL. Diário Oficial da União. Portaria nº 10.742, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso.

CONTI A., FREITAS M., CONTI P., HENRIQUES J., JANSON G. Relationship Between Signs and Symptoms of Temporomandibular Disorders and Orthodontic Treatment: A Cross-sectional Study. **Angle Orthodontist**, v.73, n.4, p. 411-417, 2003.

DANTAS, Rosana A. Spadoti. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. 2007. Tese de Livre Docência- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

DAVIM R.M., TORRES G.V., DANTAS SM, LIMA VM. Study with elderly from asylums in Natal/RN: socioeconomic and health characteristics. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v.12, n.3, p.518-524,2004.

ERIKSSON M., LINDSTRÖM B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale:a systematic review. **Journal Epidemiology & Community Health**, v.59, n.6:460–466, 2005.

ERIKSSON M., LINDSTRÖM B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. **Journal Epidemiology & Community Health**, v.61, n.11, p.938-944, 2007.

ESMERIZ CEC, MENEGHIM MC, AMBROSANO GMB. Self-perception of oral health in non-institutionalised elderly of Piracicaba city, Brazil. **Gerodontology**, v.29, n.2, p.281-289, 2011.

FARQUAR M. Eldery people's definitions of quality of life. **Social Science & Medicine**, v.41, n.10, p.1439-1446, 1995.

FLECK MP, CHACHAMOVICH E, TRENTINI C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista Saúde Pública**, v.40, n.5, p.785-791, 2006.

FREIRE MC, SHEIHAM A, HARDY R. Adolescents' sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.29, n.3, p.204-212, 2001.

GERRITS M.M., VAN OPPEN P., VAN MARWIJK H.W., PENNINX B.W., VAN DER HORST H.E. Pain and the onset of depressive and anxiety disorders. **Pain**, v.155, n.1, p.53-59, 2014.

GURURATANA, Orachad. The effect of screening programmes on clinical status and oral health related quality of life of children in Thailand .(PhDThesis) 2008, Sheffield, UK: University of Sheffield, School of Clinical Dentistry.

HEBLING E, PEREIRA AC. Oral health-related quality of life: a critical appraisal of assessment tools used in elderly people. **Gerodontology**, v.24, n.3, p.151-161, 2007.

HECKMANN S.M., HEUSSINGER S., LINKE J.J., GRAEF F., PRÖSCHER P. Improvement and long term stability of neuromuscular adaptation in implant-supported overdentures. **Clinical Oral Implants Research**,v.20, n.11, p.1200-1205, 2009.

IKEBE K, HAZEYAMA T, ENOKI K, MURAI S, OKADA T, KAGAWA R, MATSUDA K, MAEDA Y. Comparison of GOHAI and OHIP-14 measures in relation to objective values of oral function in elderly Japanese. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.40, n.5, p.406-414, 2012.

JOHANSSON V., AXTELIUS B., SODERFELDT B., SAMPOGNA F., PAULANDER J., SONDELL K. Multivariate analyses of patient financial systems and oral health-related quality of life. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.38, n.5, p.436-444, 2010.

JOHN MT, KOEPESELL TD, HUJOEL P, MIGLIORETTI DL, LERESCHE L, MICHEELIS W. Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.32, n.2, p. 125-132, 2004.

KONTTINEN H., HAUKKALA A. & UTELA A. Comparing sense of coherence, depressive symptoms and anxiety, and their relationships with health in a population-based study. **Social Science and Medicine**, v.66, n.12, p. 2401–2412, 2008.

LOCKER D, CLARK M, PAYNE B. Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. **Journal of Dental Research**, v.79, n.4, p.970-975, 2000.

LYNCHJ, KAPLAN G. Socioeconomic position. In: Berkman LF, Kawachi I. *Social epidemiology*: New York, 2000: 13-35.

KUOPPALA R., NÄPÄKANGAS R., RAUSTIA A. Outcome of implant-supported overdenture treatment – a survey of 58 patients. **Gerodontology**, v.29, n.2, p.577-584, 2012.

KUOPPALA R., NAPANKANGAS R., Raustia A. Quality of Life of Patients Treated With Implant-Supported Mandibular Overdentures Evaluated With the Oral Health Impact Profile (OHIP-14): a Survey of 58 Patients. **Journal of Oral and Oral Maxillofacial Research**, v.71, n.11, p.1843-1851, 2013.

MEHRSTED M., JOHN M.T., TONNIES S., MICHEELIS W. Oral health-related quality of life in patients with dental anxiety. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.35, p.357–363, 2007.

MELLQVIST M., WIKTORSSON S., JOAS E., OSTLING S., SKOOG I., WAERN M. Sense of coherence in elderly suicide attempters: the impact of social and health-related factors. **International Psychogeriatrics**, v.23, n.6, p.986–93, 2011.

MIKAMI A., MATSUSHITA M., ADACHI H., SUGANUMA N., KOYAMA A., ICHIMI N. et al. Sense of coherence, health problems, and presenteeism in Japanese university students. **Asian Journal of Psychiatry**, v.6, n.5, p.369-72, 2013.

NUNES, Luis A. Saboga. **O sentido de coerência: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida**. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

OLIVEIRA BH, NADANOSKY P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile–short form. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.33, n.4, p.307-314, 2005.

Organização Mundial da Saúde de Genebra, Suíça. Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal, Manual de Instruções. 4ª ed. Organização Mundial da Saúde Genebra, 1997.

Population Ageing 2006. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2006. Disponível em:

<http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2006.htm>.

PUCCA JR., G. A., 2000. A saúde bucal do idoso? Aspectos demográficos e epidemiológicos. **Medcenter**, 7 abril 2000. Maio 2001 <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=81&idesp=19&ler=5>>.

RAMOS LR, VERAS RP, KALACHE A. Envelhecimento Populacional: Uma realidade brasileira. **Revista Saúde Pública**, v.21, n.2, p.211-224, 1987.

RODRIGUES SM, OLIVEIRA AC, VARGAS AMD, MOREIRA NA, FERREIRA EF. Implications of Edentulism on Quality of Life among Elderly. **International Journal of Environment Research and Public Health**, v.9, p. 100-109, 2012.

SAMPOGNA F., JOHANSSON V., AXTELIUS B. et al. A multilevel analysis of factors affecting the difference in dental patients' and caregivers' evaluation of oral quality of life. **European Journal of Oral Science**, v.116, n.6, p.531–537, 2008.

SANDERS AE, SLADE GD, LIM S, REISINE ST. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. **Community Dental Health**, v.37, n.2, p.171-181, 2009.

SANTILLO P.M., GUSAMÃO E.S., MOURA C., SOARES R. de S., Cimões R. Factors associated with tooth loss among adults in rural areas in the state of Pernambuco, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.2, p.581-90, 2014.

SAVOLAINEN J., SUOMINEN-TAIPALE A., HAUSEN H., HARJU P., UTELA A., MARTELIN T., KNUUTTILA M. Sense of coherence as a determinant of the oral health-related quality of life: a national study in Finnish adults. **European Journal of Oral Sciences**, v.113, n.2, p.121–27, 2005.

SILVA E.R.A., DEMARCO F.F., FELDENS C.A. Oral health–related quality of life and associated factors in Southern Brazilian elderly. **Gerodontology** 2013. doi: 10.1111/ger.12050.

SCALCO DL, ARAÚJO CL, BASTOS JL. Self-Perceived Happiness and Associated Factors in Adults in a Southern Brazilian City: A Population-Based Study. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.24, n.4, p.648-657, 2011.

TRULSSON U., ENGSTRAND P., BERGGREN U., NANMARK U., BRANEMARK P.I. Edentulousness and oral rehabilitation: experiences from the patients' perspective. **European Journal of Oral Sciences**, v.110, n.6, p.417-424, 2002.

TSAKOS G., MARCENES W., SHEIHAM A. The relationship between clinical dental status and oral impacts in an elderly population. **Oral Health & Preventive Dentistry**, v.2, n.3, p.211-220, 2004.

VARGAS A.M.D., PAIXÃO H.H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, p.1015-1024, 2005.

VISSCHER C.M., LOBBEZOO F., SCHULLER A.A. Dental status and oral health related quality of life. A population based study. **Journal of Oral Rehabilitation**, v.41, n.6, p.416-422, 2014.

World Health Organization (WHO). Oral health surveys: basic methods. 4th ed. Geneva, Switzerland: WHO; 1997.

WALTER M.H., SCHUTTE U., RAEDEL M., KOCH R., WOLF B., SCHEUCH K. et al. Oral health-related quality of life and oral status in a German working population. **European Journal of Oral Sciences**, v.119, n.6, p.481-488, 2011.

YEN Y.Y., LEE H., WU Y., LAN Y., WANG W., DU J. et al. Impact of removable dentures on oral health-related quality of life among elderly adults in Taiwan. **BMC Oral Health**, v.5, n.15, p.1, 2015.

ZANATTA F.B., ARDENGHI T.M., ANTONIZZI R.P., PINTO T.M., ROSING C.K. Association between gingival bleeding and gingival enlargement and oral health related quality of life (OHRQoL) of subjects under fixed orthodontic treatment: a cross-sectional study. **BMC Oral Health**, v.27, n.15, p.12-53, 2012.

ZARB G.A., BOLARDER C.L., HICKEY J.C., CARLSSON G.E. Boucher's prosthodontic treatment for edentulous patients. 10th edition. St Louis Mosby, 1997.

ZENG X., SHEIHAM A., BERNAB E. et al. Relationship between dental status and Oral Impacts on Daily Performances in older Southern Chinese people. **Journal of Public Health Dentistry**, v.70, n.2, p.101–107, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FACULDADE DE ODONTOLOGIA



Parecer exarado pelo Comitê de Ética em pesquisa FOP/UFPel realizada em 18 de Dezembro de 2013.

Protocolo: 30/2013

Projeto: “Qualidade de Vida e Saúde Bucal em idosos: Um Estudo Transversal”

Responsável : Profa. Dra. Noéli Boscato

Parecer: Aprovado

APÊNDICE B

Carta para obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido

Caro(a) Senhor(a):

Eu, Noéli Boscato, docente do curso de Odontologia da UFPel – portadora do CPF: 684568750/15, RG: 2039816381, estabelecida na , Rua Gonçalves Chaves, 457, 96015-560, Pelotas, RS, cujo telefone de contato é (53) 9953-0000. Eu, Marília Leão Goettems, docente do curso de Odontologia da UFPel- portadora do CPF: 00338913033, RG: 6062684797, estabelecida na Rua Gonçalves Chaves, 457, 96015-560, Pelotas, RS, cujo telefone de contato é (53) 91353789. Eu, Fernanda Weingartner Machado, mestranda na área de Prótese Dentária da UFPel, portadora do CPF: 06239333905, RG: 39109291, estabelecida na Rua Santa Cruz, 2306, 608, no município de Pelotas, cujo telefone é (53) 81234444, vamos desenvolver uma pesquisa cujo título é “Qualidade de Vida e a Saúde Bucal em Idosos”. O objetivo principal deste estudo será investigar por meio de um estudo epidemiológico, o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de idosos.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária, onde será efetuada uma entrevista exame clínico que não determinará qualquer risco ou desconforto. Sua participação não trará qualquer benefício direto, mas proporcionará um aumento no conhecimento sobre o assunto.

Informo também que o Senhor (a) tem a garantia de acesso em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Também se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com os responsáveis pelo estudo. Também é garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer penalização. Garanto que as informações obtidas serão mantidas em sigilo e de forma nenhuma serão associados ao seu nome. O Sr(a) tem o direito de se manter atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas e caso seja solicitado, darei todas as informações pedidas. Não está previsto a ocorrência de gastos pessoais que necessitem ressarcimento, nem a possibilidade de ocorrência de danos decorrentes da pesquisa, por se tratar de respostas a um questionário simples.

Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e ou em encontros científicos, sem nunca tornar possível sua identificação.

Em anexo encontra-se o consentimento livre e esclarecido para ser assinado caso não tenha ficado qualquer dúvida.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Qualidade de Vida e a Saúde Bucal em Idosos”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os desconfortos e riscos, as garantias de confiabilidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer as minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante, o mesmo sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do entrevistado**Data:** _____**Nome:****End:****RG:****Fone:**

Assinatura do Pesquisador(a)**Data:** _____

APÊNDICE C

Ficha de Identificação e Questões Pessoais

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Tel. Residencial: _____ Celular: _____

RG: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: ___ Sexo: [1] Masculino [2] Feminino

Com quem mora: _____

Informações adicionais: _____

Está sob tratamento médico? () Sim () Não

Porque? _____

Toma algum remédio diariamente? () Sim () Não

Quais? _____

Tem alergia a algum medicamento ou substância? Qual(is)? _____

Estado Civil: _____ Renda mensal aproximada: _____

[1] casado

[2] viúvo Com quem mora: _____

[3] solteiro

[4] separado/divorciado

[5] mora junto/amigado

Escolaridade

[1] Analfabeto/ primário completo

[2] Primário completo / ginásial incompleto

[3] Ginásial completo / colegial incompleto

[4] Colegial completo /superior incompleto

[5] Superior completo

O sr(a) costuma limpar sua boca e/ou prótese?

() sim () às vezes () não

O que o senhor usa para limpar a boca?

Escova e creme dental () sim () não

Enxaguatório bucal () sim () não

Imersão da prótese em algum líquido () sim () não

Qual? _____

Quantas vezes ao dia realiza a higienização?

() menos de uma vez (não todo dia)

() 1 x

() 2 x

() 3 x

O Sr (a) já foi ao dentista? () sim () não

Quando foi a última consulta?

() últimos 6 meses () 6 meses a 1 ano () mais de 1 ano

Onde foi a última consulta?

() Consultório particular () Convênio

() Unidade de Saúde () Faculdade de Odontologia

Quantos dentes naturais o sr.(a) tem na parte de cima da sua boca? Por favor, se necessário, conte quantos são com o auxílio da sua língua.

_____ (máximo:16)

(99) IGN

O Sr(a) considera que suas próteses:

() Estão boas

() Precisam ser substituídas

Há quanto tempo frequenta o CETRES? _____

Participa de qual(is) oficina(s)? _____

Quantos dentes naturais o sr.(a) tem na parte de baixo da sua boca? Por favor, se necessário, conte quantos são com o auxílio da sua língua.

_____ (máximo:16)

(99) IGN

O(A) sr.(a) usa alguma dentadura, chapa, ponte ou implante?

(0) Não usa -> Pule para a questão A114

(1) Sim, usa apenas superior

(2) Sim, usa apenas inferior

(3) Sim, usa superior e inferior

(8) NSA

(9) IGN

Sua prótese é usada de forma contínua ou é removida à noite?

[0] Forma contínua

[1] Durante a noite era removida

Sente que os dentes (prótese) não se articulam bem?

[0] não

[1] sim

[2] às vezes

Há quanto tempo (anos) usa próteses totais (dentaduras)?

[0] 1 à 5 anos

[1] 5 à 10 anos

[2] Mais de 10 anos

Qual o tempo de uso das próteses atuais?

[0] 1 à 5 anos

[1] 5 à 10 anos

[2] Mais de 10 anos

APÊNDICE D

Ficha para o Exame Clínico

FICHA PARA EXAME

Data do exame: __/__/__

EXAMINADOR:

NOME DO IDOSO: _____

Cárie Dentária

raiz
coroa
trat.

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

raiz
coroa
trat.

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

CPI

17 16 11 26 27 37 36 31 46

sangramento

cálculo

bolsa

Uso e Necessidade de Prótese

USO

superior

Inferior

NECESSIDADE

superior

inferior

ANEXOS

ANEXO A

Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREEF)

Instruções:

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas **últimas duas semanas**. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo:

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

2 Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

3 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

4 O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

5 O quanto você aproveita a vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

6 Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7 O quanto você consegue se concentrar?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

8 Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

10 Você tem energia suficiente para seu dia-adia?

Nada	Muito	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

11 Você é capaz de aceitar sua aparência física?

Nada	Muito	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

12 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer

Nada	Muito	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

13 Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

Nada	Muito	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

14 Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

Nada	Muito	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

15 Quão bem você é capaz de se locomover?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
1	2	3	4	5

16 Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

17 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

18 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

19 Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

20 Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

21 Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

22 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

23 Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

24 Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

25 Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

26 Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

ANEXO B

OHIP-14 (Oral Health Impact Profile)

Por favor responda as questões que se apresentam abaixo, pensando na frequência com que sentiu cada um destes aspectos no último ano (últimos 12 meses).

	Situações	Nunca	Quase nunca	Ocasionalmente
1	Tem tido dificuldade em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?			
2	Tem sentido que o seu paladar tem piorado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?			
3	Teve alguma dor persistente/continuada na boca?			
4	Tem sentido algum desconforto quando come algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?			
5	Tem-se sentido constrangido(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?			
6	Tem-se sentido tenso(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?			
7	A sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?			
8	Tem tido que interromper refeições devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?			
9	Tem sentido dificuldade em relaxar/descansar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?			
10	Tem-se sentido um pouco envergonhado(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?			
11	Tem tido dificuldade em desempenhar as suas tarefas habituais devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?			
12	Tem-se sentido um pouco irritável com outras pessoas devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?			
13	Sentiu que a sua vida em geral tem sido menos satisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?			
14	Tem-se sentido completamente incapaz de funcionar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?			

ANEXO C

Índice Modificado de Helkimo

1. Sente dificuldade de abrir a boca?
0- Não
1- Sim
2- Às vezes
2. Sente dificuldade de movimentar a mandíbula para os lados?
0- Não
1- Sim
2- Às vezes
3. Sente cansaço/ dor muscular quando mastiga?
0- Não
1- Sim
2- Às vezes
4. Sente dores de cabeça?
0- Não
1- Sim
2- Às vezes
5. Sente dores na nuca ou torcicolo?
0- Não
1- Sim
2- Às vezes
6. Tem dor no ouvido ou próximo dele?
0- Não
1- Sim
2- Às vezes
7. Já notou algum ruído na Articulação Temporomandibular ao mastigar?
0- Não
1- Sim
2- Às vezes
8. Já notou algum ruído na Articulação Temporomandibular ao abrir a boca?
0- Não
1- Sim
2- Às vezes
9. Já observou se tem algum hábito de apertar ou ranger os dentes?
0- Não
1- Sim
2- Às vezes
10. Você se considera uma pessoa nervosa? De 0 à 10, qual seria sua nota?
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

ANEXO D

Ansiedade e Depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta. (Zigmond AS, Snaith RP - The hospital anxiety and depression scale. (Acta Psychiatr Scand, 1983;67:361-370).

HAS-QUESTIONÁRIO

A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:

3 () A maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

1 () De vez em quando

0 () Nunca

2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

0 () Sim, do mesmo jeito que antes

1 () Não tanto quanto antes

2 () Só um pouco

3 () Já não sinto mais prazer em nada

3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

3 () Sim, e de um jeito muito forte

2 () Sim, mas não tão forte

1 () Um pouco, mas isso não me preocupa

0 () Não sinto nada disso

4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

0 () Do mesmo jeito que antes

1 () Atualmente um pouco menos

2 () Atualmente bem menos

3 () Não consigo mais

5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

3 () A maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

1 () De vez em quando

0 () Raramente

6) Eu me sinto alegre:

3 () Nunca

2 () Poucas vezes

1 () Muitas vezes

0 () A maior parte do tempo

7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

0 () Sim, quase sempre

1 () Muitas vezes

2 () Poucas vezes

3 () Nunca

HDS-QUESTIONÁRIO

8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

3 () Quase sempre

2 () Muitas vezes

1 () De vez em quando

0 () Nunca

9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

0 () Nunca

1 () De vez em quando

2 () Muitas vezes

3 () Quase sempre

10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

3 () Completamente

2 () Não estou mais me cuidando como deveria

1 () Talvez não tanto quanto antes

0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado

em lugar nenhum:

3 () Sim, demais

2 () Bastante

1 () Um pouco

0 () Não me sinto assim

12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

0 () Do mesmo jeito que antes

1 () Um pouco menos do que antes

2 () Bem menos do que antes

3 () Quase nunca

13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

3 () A quase todo momento

2 () Várias vezes

1 () De vez em quando

0 () Não sinto isso

14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

0 () Quase sempre

1 () Várias vezes

2 () Poucas vezes

3 () Quase nunca

ANEXO E

Instrumento Auto-percepção de Felicidade

Agora vou lhe mostrar algumas faces que expressam vários sentimentos, desde uma pessoa que se sente muito feliz [apontar a primeira face] até uma pessoa que se sente muito infeliz [apontar para a última face passando por todas a demais faces intermediárias].

Qual dessas faces mostra melhor o jeito como o (a) senhor (senhora) se sente, pensando em sua vida como um todo?

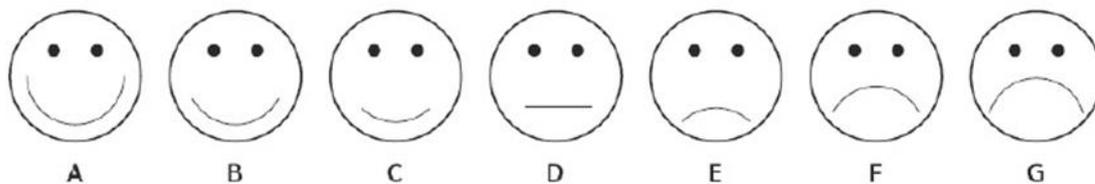


Figura 1. Instrumento utilizado para determinação de autopercepção de felicidade (McDowell & Newell, 1996).

ANEXO F

Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky (SOC)

1. Quando você conversa com outras pessoas, você tem a sensação de que elas não o entendem?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca tenho essa sensação						Sempre tenho essa sensação

2. No passado, quando você teve que fazer algo que dependia de cooperação com outros, você teve a sensação de que:

1	2	3	4	5	6	7
Com certeza não seria feito						Com certeza seria feito

3. Pense nas pessoas com quem você tem contato diariamente e das quais você não se sente muito próximo. Como você acha que conhece a maioria delas?

1	2	3	4	5	6	7
Você sente que elas são estranhas						Você as conhece muito bem

4. Você tem a sensação de que você não se importa realmente com o que acontece à sua volta?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca ou raramente						Com muita frequência

5. Alguma vez no passado, aconteceu de você se surpreender com o comportamento de pessoas que você pensava conhecer bem?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca aconteceu						Sempre aconteceu

6. Já aconteceu que pessoas com as quais você contava vieram a decepcioná-lo?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca aconteceu						Sempre aconteceu

7. Sua vida é:

1	2	3	4	5	6	7
Cheia de interesses						Completamente rotineira

8. Até agora, sua vida:

1	2	3	4	5	6	7
Não tem tido qualquer objetivo ou propósito						Tem tido objetivos e propósitos claros

9. Você tem a sensação que você está sendo tratado injustamente?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita frequência						Nunca ou raramente

10. Nos últimos dez anos sua vida tem sido:

1	2	3	4	5	6	7
Cheia de mudanças sem que você soubesse o que aconteceria em seguida						Completamente consistente e clara

11. A maior parte das coisas que você fará no futuro provavelmente será:

1	2	3	4	5	6	7
Completamente fascinantes						Extremamente maçantes ou chatas

12. Você tem a sensação de que está numa situação desconhecida e não sabe o que fazer?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita frequência						Nunca ou raramente

13. O que descreve melhor como você vê sua vida?

1	2	3	4	5	6	7
Alguém pode sempre achar uma solução para sofrimentos da vida						Não há solução para sofrimentos da vida

14. Quando você pensa na sua vida, frequentemente você:

1	2	3	4	5	6	7
Sente o quanto é bom estar vivo						Pergunta a si mesmo por que você existe

15. Quando você enfrenta um problema difícil, a escolha de uma solução é:

1	2	3	4	5	6	7
Sempre confusa e difícil de encontrar						Sempre completamente clara

16. Fazer as coisas que você faz todos os dias é:

1	2	3	4	5	6	7
Uma fonte de grande prazer e satisfação						Uma fonte de sofrimento e chatice

17. Sua vida no futuro provavelmente será:

1	2	3	4	5	6	7
Cheia de mudanças sem que						Completamente consistente e clara

você saiba o que acontecerá em seguida						
--	--	--	--	--	--	--

18. No passado, quando algo desagradável aconteceu, sua tendência foi:

1	2	3	4	5	6	7
Remoer muito sobre o acontecido						Dizer “está bem, terei que viver com isso” e seguir em frente

19. Você tem sentimentos e idéias bastante confusas?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita frequência						Nunca ou raramente

20. Quando você faz algo que lhe dá uma boa sensação:

1	2	3	4	5	6	7
Com certeza você continuará a sentir-se bem						Com certeza algo acontecerá para estragar essa sensação

21. Acontece de você ter sensações dentro de si, as quais você preferiria não sentir?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita frequência						Nunca ou raramente

22. Você acha que sua vida pessoal no futuro será:

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente sem significado e propósito						Cheia de significado e propósito

23. Você acha que sempre existirão pessoas com quem você poderá contar no futuro?

1	2	3	4	5	6	7
Você está						Você duvida

certo de que existirão						que existirão
------------------------	--	--	--	--	--	---------------

24. Você tem a sensação de que você não sabe exatamente o que está prestes a acontecer?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita frequência						Nunca ou raramente

25. Muitas pessoas - mesmo aquelas com um caráter muito forte - algumas vezes sentem-se como perdedores em certas situações. Com que frequência você se sentiu dessa maneira no passado?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca						Com muita frequência

26. Quando alguma coisa acontece, em geral você descobre que:

1	2	3	4	5	6	7
Você superestimou ou subestimou a sua importância						Você viu as coisas nas proporções corretas

27. Quando você pensa nas dificuldades que provavelmente você terá que enfrentar em aspectos importantes de sua vida, você tem a sensação de que:

1	2	3	4	5	6	7
Você sempre terá sucesso em superar as dificuldades						Você não terá sucesso em superar as dificuldades

28. Com que frequência você tem a sensação de que há pouco significado nas coisas que você faz na sua vida diária?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita frequência						Nunca ou raramente

29. Com que frequência você tem a sensação de que você não tem certeza de que poderá se controlar?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita frequência						Raramente