

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



Dissertação

**Impacto da instalação de próteses dentárias na qualidade de vida relacionada
à saúde bucal em idosos de um município do Sul do Brasil**

Mayara Moraes

Pelotas, 2019

Mayara Moraes

**Impacto da instalação de próteses dentárias na qualidade de vida relacionada
à saúde bucal em idosos de um município do Sul do Brasil**

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 Prótese Dentária

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Emidio Ribeiro Silva

Pelotas, 2019

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

M827i Moraes, Mayara dos Santos

Impacto da instalação de próteses dentárias na qualidade de vida relacionada à saúde bucal em idosos de um município do sul do Brasil / Mayara dos Santos Moraes ; Alexandre Emidio Ribeiro Silva, orientador. — Pelotas, 2019.

116 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Prótese Dentária, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, 2019.

1. Idoso. 2. Saúde bucal. 3. Prótese dentária. 4. Qualidade de vida. I. Silva, Alexandre Emidio Ribeiro, orient. II. Título.

Black : D3

Mayara Moraes

Impacto da instalação de próteses dentárias na qualidade de vida relacionada à saúde bucal em idosos de um município do Sul do Brasil

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

Data da Defesa: 08/02/2019

Banca examinadora:

Prof. Dr. Alexandre Emidio Ribeiro Silva (Orientador)
Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Eduardo Dickie de Castilhos
Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Prof.^a Dr.^a Francine dos Santos Costa
Doutor em Odontopediatria pela Universidade Federal de Pelotas

Prof.^a Dr.^a Andreia Morales Cascaes (suplente)
Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Prof.^a Dr.^a Noeli Boscato (suplente)
Doutor em Clínica Odontológica pela Universidade Estadual de Campinas

Aos meus pais, pelo apoio e amor incondicional. Tudo o que sou hoje é mérito exclusivo da dedicação e empenho de vocês. Amo vocês e serei eternamente grata pelo que fazem por mim.

Agradecimentos

A toda minha família, especialmente aos meus pais, **Sandra e Mauro**, por me apoiarem e me animarem a sempre continuar e nunca desistir. Sei que sempre estarão por perto, e isso me dá forças para seguir em frente.

Ao meu namorado, **Henrique**, por estar sempre presente e me apoiar com tanto carinho em tudo o que me proponho a fazer.

Aos meus amigos, especialmente a **Salma**, amiga de muitos anos que sempre esteve aqui para me apoiar, e a **Karen**, amizade que cresceu através de sonhos semelhantes e colega de faculdade e pós-graduação que tornou a rotina acadêmica muito mais divertida.

Ao meu orientador, **Prof. Dr. Alexandre Emídio**, pela disponibilidade em me ajudar sempre que preciso, e pelas reuniões e ensinamentos.

Aos **idosos** que participaram da nossa pesquisa, agradeço pela disponibilidade e gentileza com que nos receberam em suas casas.

“A vida é aquilo que você deseja diariamente.”

Chico Xavier

Resumo

MORAES, Mayara Santos. **Impacto da instalação de próteses dentárias na qualidade de vida relacionada à saúde bucal em idosos de um município do Sul do Brasil.** 2019. 116f. Dissertação (Mestrado em Prótese Dentária) - Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2019.

Apesar da diminuição global da taxa de edentulismo, o número de indivíduos edêntulos atingindo idades avançadas continua alto. A prótese dentária é um recurso que possibilita melhorar aspectos funcionais e psicológicos do idoso decorrente das perdas dentárias, interferindo diretamente em sua qualidade de vida. Diante dessa realidade, o objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de idosos cadastrados em unidades de saúde da família de Pelotas – RS medida pelo OHIP-14 antes e depois da instalação de novas próteses dentárias. Através de um estudo quase experimento com dados longitudinais realizado em 2017, foram avaliados 50 idosos atendidos em Unidades de Saúde da Família da área urbana de Pelotas que participaram de um acompanhamento de saúde bucal realizado em 2015. Um questionário padronizado com perguntas fechadas foi utilizado para obtenção das variáveis sociodemográficas e de qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHIP-14). Foi realizado um exame de saúde bucal por examinadores devidamente treinados e calibrados para obtenção das informações de cárie dentária e uso e necessidade de prótese dentária de acordo com os critérios propostos pela Organização Mundial de Saúde. Antes da instalação de novas próteses dentárias, em 2015 e 2016, os idosos responderam ao questionário padronizado e o OHIP-14, e após um período de aproximadamente 12 a 24 meses, os mesmos questionários foram novamente aplicados aos idosos, assim como o exame de saúde bucal. O desfecho do estudo foi a qualidade de vida relacionada à saúde bucal obtida por meio do Oral Health Impact Profile – OHIP-14. A exposição principal do estudo foi a instalação de novas próteses dentárias após o acompanhamento de saúde bucal de 2015. Foram organizadas três categorias: Grupo 1: idosos que foram identificados com necessidade de prótese dentária em 2015/16 e receberam reabilitação protética; Grupo 2: idosos identificados com necessidade de prótese em 2015/16 e sem reabilitação protética e Grupo 3: idosos sem necessidade de reabilitação protética 2015/16 e realizaram reabilitação protética. Para a realização das análises estatísticas foi utilizado o programa estatístico Stata 12.0. Inicialmente, foram realizadas análises descritivas por meio de frequências absolutas e relativas, médias e desvio padrão. Após foram executadas análises bivariadas utilizando os testes Mann-Whitney e Kruskal Wallis com nível de significância de 5% para os escores do OHIP-14 total e dos seus domínios obtidos no acompanhamento de 2015 e do presente estudo. Foi observado um aumento do escore total do OHIP-14 e dos domínios Limitação

Funcional, Desconforto Físico, Desconforto Psicológico, Incapacidade Física, Incapacidade Psicológica, Desvantagem Social após a reabilitação protética, apesar dessa diferença não ser estatisticamente significativa. Houve diferença estatística entre os 3 grupos no acompanhamento de 2017 para a dimensão Limitação Funcional no item “Você teve problema para pronunciar algumas palavras por causa dos seus dentes, boca ou dentaduras” ($p= 0,037$) e para a dimensão Dor Física no item “Você teve dor em sua boca” no acompanhamento de 2015 ($p=0,004$) e 2017 ($p=0,003$). Por fim, ao compararmos os idosos antes (média= 10,45; desvio padrão= 2,05) e depois (média= 11,05; desvio padrão= 3,07) da instalação das próteses, não foi observado diferença estatística. Os achados do presente estudo indicam que não houve melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos idosos após o período de 12 a 24 meses da reabilitação protética.

Palavras chave: idoso; saúde bucal; prótese dentária; qualidade de vida.

Abstract

MORAES, Mayara Santos. **Impact of the installation of dental prostheses on oral health-related quality of life in the elderly of a city in the South of Brazil.** 2019. 116f. Dissertação (Mestrado em Prótese Dentária) - Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2019.

Despite the overall decline in edentulism, the number of edentulous individuals reaching advanced ages remains high. Dental prostheses are a resource that makes it possible to improve the functional and psychological aspects of the elderly due to dental losses, directly interfering in their quality of life. In view of this reality, the objective of the present study was to evaluate the oral health-related quality of life of the elderly treated in health units of the family of Pelotas - RS measured by OHIP-14 before and after the installation of new dental prostheses. A quasi-experimental study with longitudinal data was carried out in 2017 with fifty elderly people treated in Family Health Units of the urban area of Pelotas, who participated in oral health care in 2015. A standardized questionnaire with closed questions was used to obtain socio-demographic variables and oral health-related quality of life (OHIP-14). An oral health examination was performed by properly trained and calibrated examiners to obtain information on dental caries and use and need of dental prostheses according to the criteria proposed by the World Health Organization. Before the installation of new dental prostheses in 2015 and 2016, the elderly answered the standardized questionnaire and OHIP-14, and after a period of approximately 12 to 24 months, the same questionnaires were again applied to the elderly, as well as the oral health examination. The study's outcome was oral health-related quality of life obtained through the Oral Health Impact Profile - OHIP-14. The main exposition of the study was the installation of new dental prostheses after the oral health follow-up of 2015. Three categories were organized: Group 1: elderly people who were identified with a need for a dental prosthesis in 2015/16 and received prosthetic rehabilitation; Group 2: elderly identified with prosthetic need in 2015/16 and without prosthetic rehabilitation and Group 3: elderly without prosthetic rehabilitation 2015/16 and performed prosthetic rehabilitation. Stata 12.0 was used to carry out the statistical analyzes. Initially, descriptive analyzes were performed using absolute and relative frequencies, means and standard deviation. After performing bivariate analyzes using the Mann-Whitney and Kruskal Wallis test with a significance level of 5% the total OHIP-14 scores and their domains were obtained in the follow-up of 2015 and the present study. An increase in OHIP-14 total score and the Functional Limitation, Physical Pain, Psychological Discomfort, Physical Disability, Psychological Disability, Social Handicap after prosthetic rehabilitation were observed, although this difference was not statistically

significant. There was a statistical difference between the 3 groups in the 2017 follow-up for the Functional Limitation dimension in the item "You had trouble pronouncing some words because of your teeth, mouth or dentures" ($p = 0.037$) and "You had pain in your mouth" in the follow up of 2015 ($p = 0.004$) and 2017 ($p = 0.003$). Finally, when comparing the elderly before (mean = 10.45, standard deviation = 2.05) and after (mean = 11.05, standard deviation = 3.07) of the prosthesis installation, no statistical difference was observed. The findings of the present study indicate that there was no improvement in oral health-related quality of life of the elderly after the period of 12 to 24 months of prosthetic rehabilitation.

Keywords: elderly; oral health; dental prosthesis; quality of life.

Listas de Figuras

Figura 1. Caminho de busca nas bases de dados.....25

Figura 2. Fluxograma dos acompanhamentos de saúde bucal dos idosos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família de Pelotas.....53

Listas de Tabelas

Tabela 1. Descrição da população idosa dos dois acompanhamentos de saúde bucal (2015 e 2017).....	73
Tabela 2. Comparação do OHIP-14 e das suas dimensões entre os 3 grupos do estudo no acompanhamento de 2015 e de 2017.....	74
Tabela 3. Comparação do OHIP-14 e das suas dimensões dos idosos antes da reabilitação protética (2015) e depois de dois anos de reabilitação protética (2017).....	75

Lista de Abreviaturas e Siglas

CPO-D	Dentes Cariados Perdidos ou Obturados
GOHAI	Geriatric Oral Health Assessment Index
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
OHIP	Oral Health Impact Profile
OHRQoL	Oral Health Related Life Quality
OIDP	Oral Impacts on Daily Performances
OMS	Organização Mundial da Saúde
Pubmed	Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos
QoI	Quality of Life
QVRSB	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal
QVS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SB-Brasil	Saúde Bucal do Brasil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

1 Introdução	14
2 Objetivos	20
3 Projeto de Pesquisa	21
4 Relatório do Trabalho de Campo	48
5 Artigo.....	55
6 Conclusões	77
7 Referências.....	78
8 Apêndices.....	88
9 Anexos.....	102

1 Introdução

1.1 População Idosa

Nas últimas décadas, o envelhecimento progressivo da população vem acontecendo em diferentes partes do mundo, com conseqüente aumento do número de idosos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê que em 2025 existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de sessenta anos, sendo que os idosos (com 80 anos ou mais) constituem o grupo etário de maior crescimento (OMS, 2001). No Brasil, as estimativas não são diferentes, de acordo com dados do IBGE, em 40 anos, a população idosa vai triplicar no Brasil e passará de 19,6 milhões (10% da população brasileira), em 2010, para 66,5 milhões de pessoas, em 2050 (29,3%) (IBGE, 2016). Dada a grande velocidade e extensão deste crescimento, o cuidado com este grupo específico é essencial, para que possam envelhecer com saúde e qualidade de vida (VERAS, 2009). Diante disso, entender quais fatores influenciam na qualidade de vida deste grupo populacional é fundamental.

1.2 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e nos sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS 1995). Sociólogos e psicólogos contemporâneos têm definido qualidade de vida como o conjunto de aspirações ou expectativas em relação à vida e a possibilidade de concretização dessas expectativas (ANDERSON; BUCKHARDT, 1999). Ambas as definições demonstram a multiplicidade de conceitos relativos à qualidade de vida, assim como sua abrangência e subjetividade. Para facilitar a abordagem desse tema tão complexo, é possível definir qualidade de vida no contexto de cada área de estudo. Na saúde, a qualidade de vida estaria apenas relacionada ao processo saúde/enfermidade (FARQUHAR, 1995). Os domínios na qualidade de vida relacionada à saúde (QVS) incluem: fatores físicos (dor, autocuidado, limitação ou incapacidade para executar atividades

cotidianas), fatores psicológicos (distúrbios de humor, percepção de estigma, autoestima), fatores sociais (interação entre os familiares, relacionamentos sociais e amorosos, suporte da comunidade), atividades diárias (emprego, administração da casa, lazer) e fatores econômicos (desemprego e suporte da Previdência Social) (PERRINE,1993). Rowe e Kahn (1998) descrevem a qualidade de vida em idosos através do conceito de envelhecer com sucesso nos seguintes aspectos: eliminação da doença, manutenção da função cognitiva, manutenção dos laços familiares e engajamento social. Todos esses aspectos são essenciais para uma vida plena, com qualidade e constituem os verdadeiros marcadores da qualidade de vida.

Diante dessa realidade, é importante a utilização de instrumentos para a obtenção de dados para caracterizar a qualidade de vida e bem estar dos idosos, (SOUZA; GALANTE; FIGUEIREDO, 2003) e para que se possa garantir a eles não só uma sobrevida maior, mas uma vida com qualidade (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

Nos últimos 20 anos, diversos instrumentos foram desenvolvidos com o intuito de medir o quanto a saúde bucal influencia na qualidade de vida da população (WONG et al. 2002). Os instrumentos para avaliar QVRSB devem apresentar uma boa confiabilidade e validade quando utilizados para fins de avaliação, sendo sensíveis para identificar mudanças e internacionalmente comparáveis. Kressin et al. (2001) ainda cita que além de apresentar boas propriedades psicométricas, o instrumento deve ser capaz de captar como os fatores contextuais podem influenciar a avaliação da saúde e bem-estar dos indivíduos. Dentre os instrumentos mais conhecidos destacam-se o Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), composto por 12 questões para medir problemas funcionais reportados e impactos psicológicos associados com as doenças bucais com a intenção de avaliar a efetividade do tratamento odontológico (LOCKER; ALLEN, 2007); o Oral Impacts on Daily Performances – OIDP, utilizado comumente para avaliar o impacto das condições bucais na habilidade do indivíduo em executar as atividades diárias (MONTERO; BRAVO; ALBALADEJO, 2008); e o Oral Health Impact Profile – OHIP.

O OHIP, instrumento escolhido para o presente estudo, conforme Castrejon et al. (2010) e John et al. (2004), é um dos mais completos e utilizados em diferentes países para medir o impacto na qualidade de vida. O OHIP foi desenvolvido por Slade e Spencer em 1994 e contém 49 itens para avaliar sete dimensões: limitação funcional, desconforto físico, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem em decorrência da saúde bucal. Estas dimensões estão baseadas no modelo teórico proposto por Locker, em 1988, para medida da saúde bucal (SLADE, 1997). Com intuito de desenvolver um instrumento que permitisse a mesma avaliação do OHIP- 49, Slade, em 1997, validou o OHIP-14, um método mais prático e rápido de avaliar as sete dimensões do OHIP-49. Conforme o autor, o OHIP-14 retoma o conceito original do OHIP-49, sugerindo que ele possa ser usado para avaliar adequadamente as mesmas dimensões de impacto na QVRSB. Cada item tem uma pontuação de 0 a 4 pontos: “0”=nunca; “1”=quase nunca; “2”=ocasionalmente; “3”=frequentemente; e “4”=muito frequentemente. A somatória dos 14 itens indicará um valor máximo de 56 pontos. Quanto maior o escore do indivíduo, maior o impacto da qualidade de vida relacionado à saúde bucal. Almeida, Loureiro e Araújo (2004) realizaram a tradução transcultural do OHIP-14 para o seu uso no Brasil. Posteriormente, Oliveira e Nadanovsky (2005) desenvolveram um estudo que avaliaram as propriedades psicométricas do OHIP-14 e verificaram que as mesmas são semelhantes à versão original do OHIP-14.

1.3 Saúde Bucal do Idoso

A saúde bucal da população brasileira tem sido avaliada em levantamentos epidemiológicos nas últimas décadas. O último levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira foi realizado em 2010 (SB Brasil 2010). A média do CPO-D que mede o número de dentes cariados, perdidos e obturados para o grupo etário de 65-74 anos, foi de 27,53, com a maior participação do componente “perdido” (91,9%) na composição percentual do índice CPO-D. Quanto à necessidade de prótese, 52,1% e 35,5% necessitam de próteses superior e inferior, respectivamente, sendo que 33,3% necessitam de prótese total. A proporção de indivíduos que não necessitavam

de prótese dentária foi igual a 7,3%%, indicando a alta prevalência de edentulismo nessa população.

A perda dentária altera a homeostase do sistema estomatognático, devido à modificação de parte do esqueleto facial, associada à perda de osso alveolar e resposta neuromuscular, interferindo na realização das funções de mastigação, deglutição e fala (OLCHIK, 2013). O estado da dentição dos idosos também tem repercussões sobre a capacidade de realizar atividades diárias, sendo a qualidade de vida afetada de forma mais séria no que diz respeito à alimentação (SÁNCHEZ et al., 2007). Além disso, a boca também possui outras funções importantes, como falar ou sorrir aspectos esses relacionados à interação social do indivíduo (SÁEZ; HAYA; SANZ, 2016).

1.4 Saúde Bucal e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal

Atualmente, a saúde se preocupa não apenas em eliminar a doença, mas sim em manter a qualidade de vida do idoso. Vários estudos concluíram que o estado da saúde bucal influencia na qualidade de vida dos idosos (SÁNCHEZ et al., 2007, KANDELMAN; PETERSEN; UEDA, 2008). Assim, manter uma boa saúde bucal pode contribuir para melhorar a saúde geral e, conseqüentemente, a qualidade de vida (QoL). Apesar da diminuição global da taxa de edentulismo, o número de indivíduos edêntulos atingindo idades avançadas continua alto (MILLAR; LOCKER, 2005, HE et al., 2005), sendo que a saúde bucal do idoso se apresenta em condições preocupantes, com alta prevalência de edentulismo, doenças periodontais e cárie. Em virtude deste quadro, são altas as necessidades de próteses e uso de próteses mal adaptadas (COLUSSI; FREITAS, 2002, MOREIRA et al., 2005). Somando-se a estes agravos, existe ainda uma grande possibilidade do idoso ser portador de outras condições sistêmicas debilitantes, que acabam agindo em sinergismo com as doenças bucais, repercutindo, dessa forma, no seu grau de autonomia, independência e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida (MOREIRA; NICO; SOUZA, 2009).

Estudos realizados na China, Japão e Siri Lanka utilizando o OHIP-14 mostraram que aqueles indivíduos que apresentaram maiores valores de OHIP-14 eram os que consideravam a sua saúde bucal como ruim, tinham

mais necessidades de tratamento, indicando um maior impacto da saúde oral na sua qualidade de vida (IKEBE et al, 2004, EKANAYAKE; PERERA, 2005b, WONG, LO; MACMILLAN, 2002). Os estudos também observaram que os indivíduos com maiores valores de OHIP-14 percebiam maiores necessidades de tratamento de saúde bucal, estavam mais insatisfeitos com sua condição social, tinham menos anos de educação formal e usavam prótese removível quando comparados com aqueles que não tinham altos valores de OHIP-14 (WONG, LO; MACMILLAN, 2002, IKEBE et al., 2004).

Diversos estudos demonstraram os prejuízos gerados pela perda dentária, porém, esses prejuízos são compensados pela reabilitação odontológica dos indivíduos, reabilitação não só funcional, mas também social e psicológica (WOLF, 1998, NARVAI; ANTUNES, 2003, REIS; MARCELO, 2006, UNFER et al., 2006). A prótese dentária é um recurso que permite melhorar a mastigação, fonação, deglutição e a autoestima do idoso com perdas dentais, além de possibilitar o restabelecimento da estética. (SILVA; GOLDENBERG, 2001, FAJARDO et al., 2002). Como o uso de implantes dentários é um procedimento cirúrgico invasivo e mais caro, o tratamento tradicional com próteses convencionais continuará a ser amplamente utilizado para substituir os dentes faltantes (PETROPOULOS, 2006). Portanto, nesse contexto, é possível que o uso de próteses totais convencionais e próteses parciais removíveis possa afetar a satisfação e qualidade de vida do idoso.

Viola et al. (2013) avaliaram o impacto do tratamento com próteses totais convencionais superiores e inferiores na QVRSB de 70 pacientes edêntulos. O resultado do estudo indicou que todos os domínios do OHIP apresentaram melhora significativa, três meses após a reabilitação com as próteses, assim como houve melhora na satisfação desses indivíduos. Um estudo longitudinal com 52 idosos também revelou que a satisfação dos indivíduos e a QVRSB estavam significativamente associadas durante os 24 meses de acompanhamento após a instalação das próteses dentárias (STOBER et al., 2012). KUO et al., 2013 em seu estudo observaram melhora significativa nos domínios de limitação funcional e desconforto psicológico após o tratamento com próteses totais, quando utilizado o OHIP-49. A satisfação dos pacientes com relação aos aspectos “conforto” e “facilidade de limpeza” das

novas próteses estava significativamente associado com a melhora no OHIP-49.

Inukai et al., 2008 relacionaram a qualidade das próteses parciais removíveis avaliadas por dentistas com a QVRSB, e mostraram que uma melhor qualidade da prótese estava associada a uma melhor QVRSB, e essa associação era independente da idade, gênero ou número de dentes faltantes. A mesma associação pode ser observada em outro estudo; INOUE et al., 2011 mostraram que a qualidade da prótese estava relacionada com a QVRSB para aqueles indivíduos que apresentavam próteses com boa estabilidade e estética. Tais resultados podem ser interpretados como evidência substancial de que a qualidade da prótese dentária tem um impacto significativo na QVRSB dos pacientes, sugerindo que próteses adequadas pode realmente ter o potencial de contribuir para melhorar qualidade de vida do indivíduo.

Diante da relevância do tema e do pouco conhecimento a respeito do impacto da reabilitação protética na qualidade de vida de indivíduos idosos, o presente estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de idosos cadastrados em unidades de saúde da família de Pelotas – RS medida pelo OHIP-14 antes e depois da instalação de próteses dentárias.

2 Objetivos

2.1 Geral

O presente estudo tem por objetivo descrever e avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de idosos cadastrados em unidades de saúde da família de Pelotas – RS medida pelo OHIP-14 antes e depois da instalação de próteses dentárias.

2.2 Específicos

A) Descrever as dimensões do OHIP-14 nos três grupos avaliados.

B) Descrever as dimensões do OHIP-14 que apresentam maior e menor impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal antes e depois da instalação das próteses dentárias.

3 Projeto de pesquisa

Impacto da instalação de próteses dentárias na qualidade de vida relacionada à saúde bucal em idosos de um município do Sul do Brasil

Projeto de pesquisa apresentado em 2017 ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção de título de Mestre em Prótese Dentária.

3.1 Introdução

Nas últimas décadas, o envelhecimento progressivo da população vem acontecendo em diferentes partes do mundo, com consequente aumento do número de idosos. Esse fato se deve tanto pelo aumento da expectativa de vida quanto pela diminuição da taxa de natalidade (LUTZ; SANDERSON; SHERBOV, 2008). Dada a grande velocidade e extensão deste crescimento, o cuidado com este grupo específico é essencial, para que possam envelhecer com saúde e qualidade de vida (VERAS, 2009).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e nos sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS 1995). Rowe e Kahn (1998) descrevem a qualidade de vida em idosos através do conceito de envelhecer com sucesso nos seguintes aspectos: eliminação da doença, manutenção da função cognitiva, manutenção dos laços familiares e engajamento social. Todos esses aspectos são essenciais para uma vida plena, com qualidade e constituem os verdadeiros marcadores da qualidade de vida.

Atualmente, a saúde se preocupa não apenas em eliminar a doença, mas sim em manter a qualidade de vida do idoso. Vários estudos concluíram que o estado da saúde bucal influencia na qualidade de vida dos idosos (SÁNCHEZ et al., 2007, KANDELMAN; PETERSEN; UEDA, 2008). Portanto, manter uma boa saúde bucal pode contribuir para melhorar a saúde geral e, conseqüentemente, a qualidade de vida (QoL).

Apesar da diminuição global da taxa de edentulismo, o número de indivíduos edêntulos atingindo idades avançadas continua alto (MILLAR; LOCKER, 2005, HE et al., 2005). A perda dentária altera a homeostase do sistema estomatognático, devido à modificação de parte do esqueleto facial, associada à perda de osso alveolar e resposta neuromuscular, interferindo na realização das funções de mastigação, deglutição e fala (OLCHIK, 2013). O estado da dentição dos idosos também tem repercussões sobre a capacidade

de realizar atividades diárias, sendo a qualidade de vida afetada de forma mais séria no que diz respeito à alimentação (SÁNCHEZ et al., 2007). Além disso, a boca também possui outras funções importantes, como falar ou sorrir aspectos esses relacionados à interação social do indivíduo (SÁEZ; HAYA; SANZ, 2016).

A prótese dentária é um recurso que possibilita melhorar a mastigação, fonação, deglutição e a autoestima do idoso com perdas dentárias (OLCHIK, 2013). Para muitos dos indivíduos edêntulos, a reabilitação com próteses totais é a única opção acessível de tratamento (ALLEN; MCMILLAN, 2003). Nesse contexto, é possível que o edentulismo e o uso de próteses totais convencionais possam afetar a satisfação do paciente e qualidade de vida (FORGIE; SCOTT; DAVIS, 2005).

Nos últimos 10 anos, foram propostas várias ferramentas validadas de avaliação para medir a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHRQoL), como o Índice Geriátrico de Avaliação da Saúde Bucal (GOHAI) (NAITO et al., 2006), Impactos Orais no Desempenho Diário (OIDP) (SHEIHAM et al., 2006) e o Impacto na Saúde Bucal Relacionado a Qualidade de Vida (OHIP) (IKEBE et al., 2004, EKANAYAKE; PERERA, 2005). O OHIP (SLADE; SPENCER, 1994) é uma das ferramentas de avaliação mais completas e amplamente empregadas para medir o impacto do estado de saúde bucal na qualidade de vida (JOHN et al., 2004). O OHIP tem sido utilizado em estudos que avaliaram próteses dentárias (ÖZHAYAT; GOTFREDSEN, 2012, AARABI et al., 2015, JENEI et al., 2015).

Diante da relevância do tema e do pouco conhecimento das consequências da reabilitação protética na qualidade de vida de indivíduos idosos, o presente estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de idosos cadastrados em unidades de saúde da família de Pelotas – RS medida pelo OHIP-14 antes e depois da instalação de próteses dentárias.

3.2 Busca de literatura

A presente revisão de literatura teve por objetivo sintetizar o conhecimento acerca da temática de “qualidade de vida relacionada à saúde bucal e próteses dentárias” em idosos. Uma busca sistematizada foi realizada a fim de identificar publicações internacionais e nacionais abordando o tema em questão. A busca foi realizada na base de dados eletrônica PUBMED, sendo que utilizou-se os descritores “OHIP”, “Dental Prosthesis”, “Elderly or Aged” e “Oral Health”, resultando em 221 artigos encontrados sobre o tema. Foram selecionados os trabalhos nos idiomas inglês, espanhol e português. Os limites utilizados foram: espécie (humanos), publicações dos últimos 10 anos, grupo etário (idosos). Os caminhos de busca percorridos podem ser observados na Figura 1.

Posteriormente, foi realizada a leitura dos títulos e resumos de todos os artigos encontrados, destes, 202 foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão e exclusão definidos ou por se tratarem de duplicatas. Foi estabelecido que para entrarem na presente revisão as publicações deveriam abranger a temática prótese total convencional e/ou removível e qualidade de vida relacionada à saúde oral na faixa etária de idosos. Como critério de exclusão foram considerados artigos com amostras de faixas etárias diferentes do interesse do presente estudo, amostras muito pequenas ou, ainda, que não incluísse prótese total convencional e/ou removível como variável. Dessa forma, a busca resultou um total de 19 artigos que foram lidos integralmente e que estão descritos no APÊNDICE A.

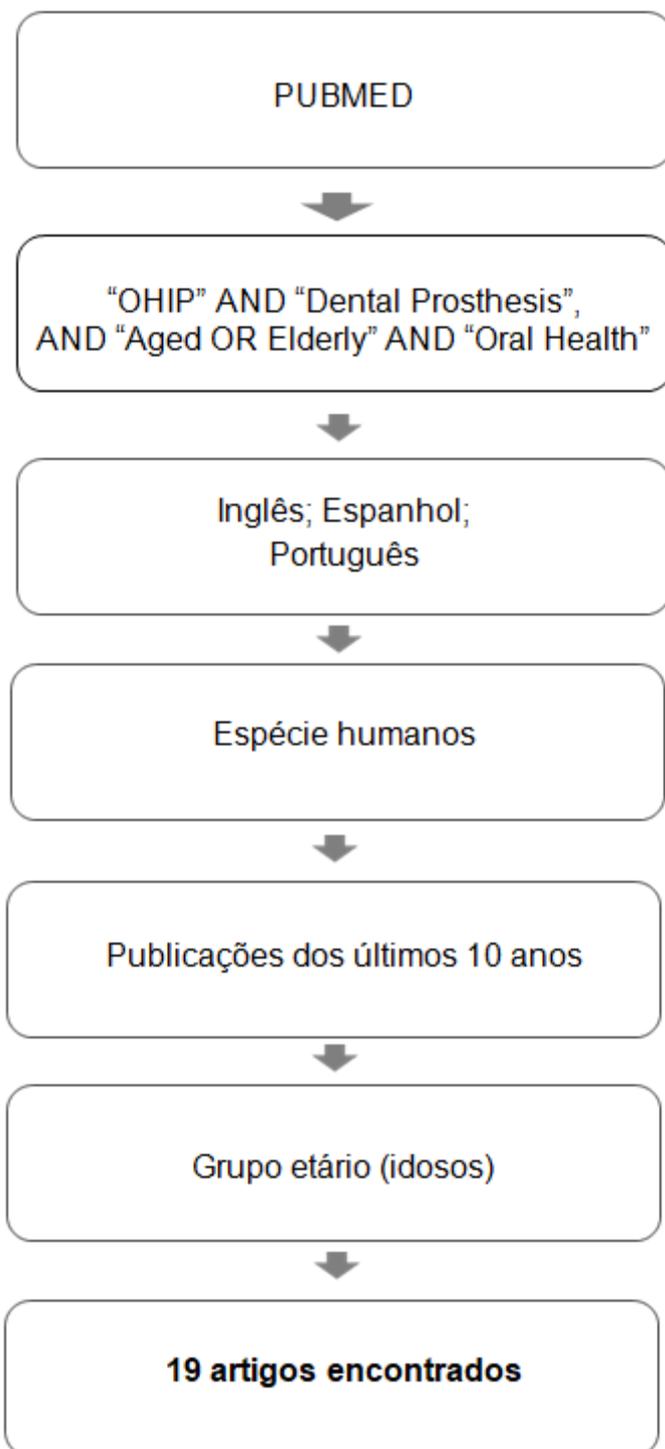


Figura 1. Caminhos de busca nas bases de dados.

3.3 Revisão de literatura

3.3.1 População Idosa

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê que em 2025 existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de sessenta anos, sendo que os idosos (com 80 anos ou mais) constituem o grupo etário de maior crescimento (OMS, 2001). No Brasil, as estimativas não são diferentes, de acordo com dados do IBGE, em 40 anos, a população idosa vai triplicar no Brasil e passará de 19,6 milhões (10% da população brasileira), em 2010, para 66,5 milhões de pessoas, em 2050 (29,3%) (IBGE, 2016).

3.3.2 Qualidade de Vida

Diante desse quadro, entender quais fatores influenciam na qualidade de vida deste grupo populacional é fundamental. A OMS definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição da vida, no contexto da cultura e nos sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1995). Sociólogos e psicólogos contemporâneos têm definido qualidade de vida como o conjunto de aspirações ou expectativas em relação à vida e a possibilidade de concretização dessas aspirações (ANDERSON; BUCKHARDT, 1999). Ambas as definições demonstram a multiplicidade de conceitos relativos à qualidade de vida, assim como sua abrangência e subjetividade. Para facilitar a abordagem desse tema tão complexo, é possível definir qualidade de vida no contexto de cada área de estudo. Na saúde, a *qualidade de vida* abrangeria apenas a qualidade de vida relacionada ao processo saúde/enfermidade (FARQUHAR, 1995). Os domínios na qualidade de vida relacionada à saúde (QVS) incluem: fatores físicos (dor, autocuidado, limitação ou incapacidade para executar atividades cotidianas), fatores psicológicos (distúrbios de humor, percepção de estigma, autoestima), fatores sociais (interação entre os familiares, relacionamentos sociais e amorosos, suporte da comunidade), atividades diárias (emprego, administração da casa, lazer) e fatores

econômicos (desemprego e suporte da Previdência Social) (PERRINE,1993). Em se tratando de idosos, a qualidade de vida pode ser descrita através do conceito de envelhecer com sucesso nos seguintes aspectos: eliminação da doença, manutenção da função cognitiva, manutenção dos laços familiares e engajamento social (ROWE; KAHN, 1998).

3.3.3 Saúde Bucal e Qualidade de Vida

Vários estudos têm descrito que o estado de saúde bucal influencia na qualidade de vida dos idosos (SÁNCHEZ et al., 2007, KANDELMAN; PETERSEN; UEDA, 2008). A saúde bucal do idoso se apresenta em condições preocupantes, com alta prevalência de edentulismo, doenças periodontais e cárie. Em virtude deste quadro, são altas as necessidades de próteses e uso de próteses mal adaptadas (COLUSSI; FREITAS, 2002, MOREIRA et al., 2005). Somando-se a estes agravos, existe ainda uma grande possibilidade do idoso ser portador de outras condições sistêmicas debilitantes, que acabam agindo em sinergismo com as doenças bucais, repercutindo, dessa forma, no seu grau de autonomia, independência e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida (MOREIRA; NICO; SOUZA, 2009).

A saúde bucal da população brasileira tem sido avaliada em levantamentos epidemiológicos nas últimas décadas. O último levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira foi realizado em 2010 (SB Brasil 2010). A média do CPO-D que mede o número de dentes cariados, perdidos e obturados para o grupo etário de 65-74 anos, foi de 27,53, com a maior participação do componente “perdido” (91,9%) na composição percentual do índice CPO-D. Quanto à necessidade de prótese, 52,1% e 35,5% necessitam de próteses superior e inferior, respectivamente, sendo que 33,3% necessitam de prótese total. A proporção de indivíduos que não necessitavam de prótese dentária foi igual a 7,3%%, indicando a alta prevalência de edentulismo nessa população.

Diante dessa realidade, é importante a utilização de instrumentos para a obtenção de dados para caracterizar a qualidade de vida e bem estar dos idosos, (SOUZA; GALANTE; FIGUEIREDO, 2003) e para que se possa garantir

a eles não só uma sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

Nos últimos 20 anos, diversos instrumentos foram desenvolvidos com o intuito de medir o quanto a saúde bucal influencia na qualidade de vida da população (WONG et al. 2002). Os instrumentos para avaliar QVRSB devem apresentar uma boa confiabilidade e validade quando utilizados para fins de avaliação, sendo sensíveis para identificar mudanças e internacionalmente comparáveis. Kressin et al. (2001) ainda cita que além de apresentar boas propriedades psicométricas, o instrumento deve ser capaz de captar como os fatores contextuais podem influenciar a avaliação da saúde e bem estar dos indivíduos. Dentre os instrumentos mais conhecidos destacam-se o Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), composto por 12 questões para medir problemas funcionais reportados e impactos psicológicos associados com as doenças bucais com a intenção de avaliar a efetividade do tratamento odontológico (LOCKER; ALLEN, 2007); o Oral Impacts on Daily Performances – OIDP, utilizado comumente para avaliar o impacto das condições bucais na habilidade do indivíduo em executar as atividades diárias (MONTERO; BRAVO; ALBALADEJO, 2008); e o Oral Health Impact Profile – OHIP.

O OHIP, instrumento escolhido para o presente estudo, conforme Castrejon et al. (2010) e John et al. (2004), é um dos mais completos e utilizados em diferentes países para medir o impacto na qualidade de vida. O OHIP foi desenvolvido por Slade e Spencer em 1994 e contém 49 itens para avaliar sete dimensões: limitação funcional, desconforto físico, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem em decorrência da saúde bucal. Estas dimensões estão baseadas no modelo teórico proposto por Locker, em 1988, para medida da saúde bucal (SLADE, 1997). Com intuito de desenvolver um instrumento que permitisse a mesma avaliação do OHIP- 49, Slade, em 1997, validou o OHIP-14, um método mais prático e rápido de avaliar as sete dimensões do OHIP-49. Conforme o autor, o OHIP-14 retoma o conceito original do OHIP-49, sugerindo que ele possa ser usado para avaliar adequadamente as mesmas dimensões de impacto na QVRSB. Cada item tem uma pontuação de 0 a 4 pontos: “0”=nunca; “1”=quase nunca; “2”=ocasionalmente; “3”=frequentemente; e

“4”=muito frequentemente. A somatória dos 14 itens indicará um valor máximo de 56 pontos. Quanto maior o escore do indivíduo, maior o impacto da qualidade de vida relacionado à saúde bucal.

No Brasil, Pires, Ferraz e Abreu (2006) realizaram um estudo com idosos para validação do OHIP-49. Os autores observaram que a versão do instrumento mostrou resultado semelhante ao da literatura e um parâmetro válido para avaliar impactos das condições bucais na qualidade de vida de brasileiros.

Em relação ao OHIP-14, Almeida, Loureiro e Araújo (2004) realizaram a tradução transcultural do instrumento para o seu uso no Brasil. Posteriormente, Oliveira e Nadanovsky (2005) desenvolveram um estudo que avaliaram as propriedades psicométricas do OHIP-14 e verificaram que as mesmas são semelhantes à versão original do OHIP-14. Outros países, como China (WONG; LO; MACMILLAN, 2002), Japão (IKEBE et al., 2004), Siri Lanka (EKANAYAKE; PERERA, 2005a), Escócia (FERNANDES et al., 2006), Hungria (SZENTPETERY et al., 2006) e Espanha (MONTERO et al., 2009) também desenvolveram estudos para validação do OHIP-14.

Os três estudos realizados na China, Japão e Siri Lanka utilizando o OHIP-14 mostraram que aqueles indivíduos que apresentaram maiores valores de OHIP-14 eram os que consideravam a sua saúde bucal como ruim, tinham mais necessidades de tratamento, indicando um maior impacto da saúde oral na sua qualidade de vida (IKEBE et al, 2004, EKANAYAKE; PERERA, 2005b, WONG, LO; MACMILLAN, 2002). Os estudos também observaram que os indivíduos com maiores valores de OHIP-14 percebiam maiores necessidades de tratamento de saúde bucal, estavam mais insatisfeitos com sua condição social, tinham menos anos de educação formal e usavam prótese removível quando comparados com aqueles que não tinham altos valores de OHIP-14 (WONG, LO; MACMILLAN, 2002, IKEBE et al., 2004).

3.3.4 Reabilitação Protética e Qualidade de vida

Diversos estudos demonstraram os prejuízos gerados pela perda dentária, porém, esses prejuízos são compensados pela reabilitação odontológica dos indivíduos, reabilitação não só funcional, mas também social e psicológica (WOLF, 1998, NARVAI; ANTUNES, 2003, REIS; MARCELO, 2006, UNFER et al., 2006). A prótese dentária é um recurso que permite melhorar a mastigação, fonação, deglutição e a autoestima do idoso com perdas dentais, além de possibilitar o restabelecimento da estética. (SILVA; GOLDENBERG, 2001, FAJARDO et al., 2002). Como o tratamento com implantes dentários é um procedimento cirúrgico invasivo e mais caro do que o tratamento tradicional com prótese convencional, as próteses removíveis continuarão a ser um tratamento amplamente utilizado para substituir os dentes faltantes (PETROPOULOS, 2006). Portanto, nesse contexto, é possível que o uso de próteses totais convencionais e próteses parciais removíveis possa afetar a satisfação e qualidade de vida do idoso.

Viola et al. (2013) avaliaram o impacto do tratamento com próteses totais convencionais superiores e inferiores na QVRSB de 70 pacientes edêntulos. O resultado do estudo indicou que todos os domínios do OHIP apresentaram melhora significativa, três meses após a reabilitação com as próteses, assim como houve melhora na satisfação desses indivíduos. Um estudo longitudinal com 52 idosos também revelou que a satisfação dos indivíduos e a QVRSB estavam significativamente associadas durante os 24 meses de acompanhamento após a instalação das próteses dentárias (STOBER et al., 2012). KUO et al., 2013 em seu estudo observaram melhora significativa nos domínios de limitação funcional e desconforto psicológico após o tratamento com próteses totais, quando utilizado o OHIP-49. A satisfação dos pacientes com relação aos aspectos “conforto” e “facilidade de limpeza” das novas próteses estava significativamente associado com a melhora no OHIP-49.

Outro estudo realizado com 1600 idosos na Tailândia avaliou a relação do uso de prótese dentária com a qualidade de vida. O estudo observou que os

indivíduos desdentados que não estavam satisfeitos com suas próteses obtiveram maior pontuação total no OHIP, seguido do grupo de indivíduos dentados, sendo que os indivíduos sem dentes que estavam satisfeitos com as suas próteses obtiveram a menor pontuação total no OHIP. Em outras palavras, os indivíduos sem dentes que estavam satisfeitos com o uso de prótese relataram melhor qualidade de vida, enquanto que os indivíduos sem dentes que não estavam satisfeitos com o uso de prótese, reportaram a pior qualidade de vida diária (LEE et al., 2012).

Ozhayat e Gotdredsen (2012) relacionaram os efeitos relatados por indivíduos tratados com próteses dentárias fixas (PF) e próteses dentárias removíveis (PR) com a mudança na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB). Os participantes completaram o questionário OHIP-49 antes e após o tratamento. Um grupo controle sem necessidade de tratamento dentário também completou o OHIP-49. Todos os participantes apresentaram uma melhora significativa na QVRSB. Uma redução significativa na pontuação do OHIP pós-tratamento foi observada tanto para os participantes do grupo PF como para os do grupo PR em comparação com a pontuação do pré-tratamento, sendo que a melhora foi maior para o grupo tratado com prótese removível. No entanto, as próteses dentárias removíveis que substituíram apenas os dentes que não estavam relacionadas à estética, não melhoraram significativamente a QVRSB. Já o grupo controle teve uma pontuação significativamente maior no OHIP, em comparação com os participantes dos grupos PF e PR, tanto antes quanto depois do tratamento. O estudo também mostrou que ter idade mais elevada, ser mulher e ter os dentes substituídos na zona estética foram associadas a uma menor QVRSB.

Inukai et al., 2008 relacionaram a qualidade das próteses parciais removíveis avaliadas por dentistas com a QVRSB, e mostraram que uma melhor qualidade da prótese estava associada a uma melhor QVRSB, e essa associação era independente da idade, gênero ou número de dentes faltantes. A mesma associação pode ser observada em outro estudo; INOUE et al., 2011 mostraram que a qualidade da prótese estava relacionada com a QVRSB para aqueles indivíduos que apresentavam próteses com boa estabilidade e estética. Tais resultados podem ser interpretados como evidência substancial

de que a qualidade da prótese dentária tem um impacto significativo na QVRSB dos pacientes, sugerindo que próteses adequadas pode realmente ter o potencial de contribuir para melhorar qualidade de vida do indivíduo.

3.4 Objetivos

3.4.1 Geral

O presente estudo tem por objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de idosos cadastrados em unidades de saúde da família de Pelotas – RS medida pelo OHIP-14 antes e depois da instalação de próteses dentárias.

3.4.2 Específicos

A) Descrever as dimensões do OHIP-14 que apresentam maior e menor impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal antes e depois da instalação das próteses dentárias.

B) Descrever as dimensões do OHIP-14 que tem apresentam maior e menor impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos idosos que não receberam próteses dentárias.

C) Verificar as mudanças nos escores do OHIP-14 dos indivíduos que receberam e que não receberam próteses dentárias.

D) Avaliar a autopercepção dos idosos participantes do estudo em relação às suas próteses dentárias.

3.5 Metodologia

3.5.1 Desenho do estudo e participantes

No presente estudo prospectivo serão avaliados idosos participantes de um estudo realizado em 2015/16 em 11 Unidades de Saúde da Família (Arco-íris, Barro Dura, Bom Jesus, Dunas, Getúlio Vargas, Navegantes, Sanga Funda, Simões Lopes, Sítio Floresta, Vila Municipal e Vila Princesa) da área urbana de Pelotas – RS. A cidade de Pelotas está localizada no sul do Brasil, com uma população estimada de 328.275 habitantes, com aproximadamente 49.794 com 60 anos ou mais de acordo com o Censo Demográfico 2010 (IBGE).

Os participantes deste estudo serão idosos com 60 anos ou mais. Dos 161 idosos participantes do estudo de saúde bucal realizado em 2015/16 são elegíveis para participar do estudo, os idosos que se encaixem nos seguintes critérios: 1. Ser independente, ou seja, conseguir realizar as atividades diárias sem auxílio de um familiar ou cuidador (banhar-se e alimentar-se, entre outras) conforme o índice de Katz (KATZ et al., 1963); 2. Ter respondido o questionário de qualidade de vida relacionado à saúde bucal – OHIP-14 em 2015/16; 3. Ter sido identificado com necessidade de algum tipo de prótese dentária em 2015/16 e realizado a reabilitação protética até maio de 2017; 4. Ter sido identificado com necessidade de algum tipo de prótese 2015/2016 e não ter realizado reabilitação protética até maio de 2017 e 5. Não ter sido identificado com necessidade de reabilitação em 2015/16, mas que tenha trocado as suas próteses até maio de 2017.

3.5.2 Amostra

A amostra do estudo será composta por 62 idosos independentes que foram avaliados no acompanhamento de saúde bucal de 2015/16 e responderam o OHIP-14. Destes, 11 idosos foram identificados com necessidade de prótese dentária em 2015/16 e receberam reabilitação protética até maio de 2017. 39 idosos identificados com necessidade de prótese em 2015/16 e sem reabilitação protética até maio 2017 e 12 idosos

sem necessidade de reabilitação protética 2015/16 e realizaram reabilitação protética até maio de 2017.

3.5.3 Logística

Inicialmente será feito contato com a Secretaria de Saúde de Pelotas, informando sobre o estudo e solicitando autorização para a realização do mesmo. Após a autorização da Secretaria de Saúde será feito um contato com cada coordenador da unidade básica de saúde dos idosos participantes para informar sobre o estudo e solicitar o auxílio dos agentes comunitários de saúde para a localização e visita aos idosos para a obtenção das informações do estudo. Para a localização dos idosos do estudo serão utilizadas as seguintes estratégias:

A. Organização de uma planilha com as informações sobre idosos obtidas em 2015: nome, endereço, unidade de saúde, idade e telefone.

B. Ligações telefônicas realizadas pelo pesquisador do estudo para confirmar o endereço e agendar as visitas domiciliares.

C. Para aqueles idosos sem telefone ou não localizados via telefone será solicitado o auxílio dos agentes comunitários de saúde para organizar a visita ao domicílio do idoso. Será confeccionado um bilhete com o dia e hora para que os agentes comunitários entreguem aos idosos. As visitas ao domicílio do idoso serão realizadas pelos pesquisadores do estudo acompanhados pelos agentes comunitários de saúde para a coleta de dados.

3.5.4 Instrumento de coleta

Um questionário padronizado com perguntas fechadas será utilizado para obtenção das variáveis sociodemográficas, de saúde geral, autopercebidas de saúde bucal e da prótese dentária e qualidade de vida relacionada à saúde bucal (ANEXO A). Os questionários serão aplicados por entrevistadores previamente treinados na unidade de saúde e/ou no domicílio do idoso. O treinamento será realizado pelo pesquisador responsável pelo estudo. Inicialmente, os entrevistadores serão orientados em relação aos objetivos da pesquisa e à importância de incentivar a participação de todos os sorteados para o estudo. Após esta etapa, cada entrevistador receberá o

questionário do estudo e o roteiro com as instruções detalhando o objetivo e o modo de como cada pergunta deverá ser realizada. De posse deste material, o pesquisador iniciará a leitura minuciosa de cada pergunta do questionário, esclarecendo as dúvidas surgidas durante o treinamento. Os entrevistadores serão orientados sobre a importância da entonação da voz durante a leitura do questionário e que não deverão em nenhuma hipótese dar informações que possam influenciar na resposta do pesquisado. Ao final da leitura, o pesquisador desenvolverá uma atividade na qual o entrevistador aplicará o questionário para que seja observado o modo como o entrevistador abordará o pesquisado, bem como a sua postura. Esta atividade terá o objetivo de padronizar a aplicação do instrumento de coleta de dados e corrigir possíveis problemas durante sua aplicação.

Um exame epidemiológico de saúde bucal será realizado por examinadores devidamente treinados e calibrados. Os exames serão realizados na unidade de saúde ou domicílio do idoso, sendo que os participantes serão examinados sentados sob luz natural, utilizando equipamentos de proteção individual (luva, máscara, gorro e jaleco) e odontoscópio. Para o exame será confeccionada uma ficha de coleta para a obtenção de saúde bucal (ANEXO B e C). Serão avaliados a cárie dentária e uso e necessidade de prótese dentária de acordo com os critérios propostos pela Organização Mundial de Saúde para levantamentos epidemiológicos em saúde bucal (WHO, 1993).

3.5.5 Variáveis do estudo

3.5.5.1 Desfecho

O desfecho do estudo será o impacto da saúde bucal relacionado à qualidade de vida-OHIP-14. O mesmo é composto por 14 questões divididas em sete domínios: limitação funcional, desconforto físico, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem em decorrência da saúde bucal acontecido nos últimos doze meses. Cada dimensão compreende duas questões, cada uma delas com uma pontuação variando de 0 a 4 pontos, sendo 0 = nunca, 1 = quase nunca, 2 = ocasionalmente, 3 = frequentemente, 4 = muito frequentemente. A pontuação

final varia de 0 a 56 pontos, sendo que as maiores pontuações denotam maior impacto na qualidade de vida. Para fins de análise, o escore OHIP-14 será considerando o número de impactos de cada indivíduo.

3.5.5.2 Variáveis de exposição

A exposição principal do estudo será ter realizado nova(s) prótese(s) dentária(s) depois do acompanhamento de saúde bucal realizado em 2015. Serão organizadas três categorias: idosos que foram identificados com necessidade de prótese dentária em 2015/16 e receberam reabilitação protética; os idosos identificados com necessidade de prótese em 2015/16 e sem reabilitação protética e os idosos sem necessidade de reabilitação protética e realizaram reabilitação protética.

As outras variáveis obtidas no acompanhamento de 2015 e no presente estudo serão organizadas da seguinte forma: *Demográficas*: sexo (feminino e masculino), idade coletada em anos e categorizada (60 a 69, 70 a 79 e 80 ou mais), estado civil coletado como solteiro, casado ou morando junto, divorciado e viúvo e categorizado (com companheiro e sem companheiro), cor da pele autorreferida coletada de acordo com a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE como branca, amarela, parda, indígena e sem declaração e categorizada (branco e não branco). *Socioeconômicas*: escolaridade coletada em anos completos de estudo e categorizada (até 4 anos, 5 a 7 anos e 8 anos ou mais), renda familiar coletada em reais e categorizada em salários mínimos - SM (menos de 1,0 SM e mais de 1,0 SM) e ocupação coletada como aposentado, pensionista, ativo, ativo e aposentado, ativo e pensionista, aposentado e pensionista e categorizado (ativo e não ativo). *Clínicas de saúde bucal*: Todas as variáveis obtidas por meio do exame epidemiológico de saúde bucal. O número de dentes presentes na cavidade bucal e categorizado (sem dentes, 1 a 10 dentes e mais de 10 dentes). Autopercepção da prótese dentária (adequada e inadequada). *Saúde geral*: Sintomas depressivos (sim ou não). A medida dos sintomas depressivos foi obtida com o instrumento Escala de Depressão Geriátrica – GDS com 15 questões, validado no Brasil em 1999 (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). Os indivíduos com mais de cinco pontos foram considerados com sintomas

depressivos de acordo com os critérios da Classificação Internacional das Doenças – CID – 10 (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

3.5.5.6 Análise Estatística

Os dados do estudo serão digitados inicialmente numa planilha do tipo Excel. Após essa etapa será utilizado o programa estatístico Stata 12.0 para a realização das análises estatísticas do estudo. Inicialmente, serão realizadas análises descritivas por meio de frequências absolutas e relativas, médias, medianas desvio padrão e intervalos de confiança. Após serão executadas análises bivariadas utilizando o teste Mann–Whitney e Kruskal Wallis com nível de significância de 5% considerando as variáveis de exposição e os escores do OHIP-14 obtidos no acompanhamento de 2015 e do presente estudo.

3.5.5.7 Considerações Éticas

Esse estudo será enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas – UFPel. Todos os participantes do estudo serão esclarecidos dos objetivos e assinarão o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE B).

3.6 Cronograma

Atividades	2017												2018												2019		
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3		
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Elaboração do projeto	X	X	X	X	X	X	X	X	X																		
Qualificação do projeto							X																				
Envio ao Comitê de Ética em Pesquisa										X																	
Coleta de dados											X	X	X														
Digitação dos dados													X														
Análise dos dados do estudo														X	X												
Redação do artigo																X	X	X									
Redação da Dissertação																		X	X	X							
Defesa da Dissertação																					X						
Correção da Dissertação																						X					
Envio do Artigo																							X				
Entrega do volume final																								X			

3.7 Orçamento

Descrição do Material	Quantidade	Valor (Em reais)	Total R\$*
Luvas	2 caixas	16,99	33,98
Gorro	1 embalagem (100 unid.)	13,52	13,52
Máscara	1 embalagem (50 unid.)	14,90	29,80
Kit clínico (Sonda Periodontal da OMS e Odontoscópio)	10	44,54	440,54
Seladora	1	234,00	234,00
Grau cirúrgico	1 rolo (50 m)	81,16	81,16
Folha A4	1 pacote (500 folhas)	21,80	21,80
Impressora	1	400,00	400,00
Cartuchos	4	44,90	179,60
Computador	1	1.800,00	1.800,00
Passagem de ônibus	126	3,25	409,50
Total	-	-	3.643,90

* Recursos do pesquisador.

3.8 Referências

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2017. Censo Demográfico 2010. <http://www.ibge.gov.br/cidadesat> (acessado em 16/Ago/2017).

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Brasil: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI**. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Geografia, 2016. 435p.

KATZ, S.; FORD, A.B.; MOSKOWITZ, R.W.; JACKSON, B.A.; JAFFE, M.W.; Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v. 185, n. 12, p. 914-129, 1963.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Calibration of examiners for oral health epidemiological surveys. Geneva: ORH/EPID; 1993.

LUTZ, W.; SANDERSON, W.; SCHERBOV, S.; The coming acceleration of global population ageing. **Nature**, v. 451, p. 716-9, 2008.

VERAS, R.; Population aging today: demands, challenges and innovations. **Rev de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v.41, n. 10, p. 403-409, 1995.

ROWE, J.W.; KAHN, R.L.; **Successful aging**. New York: Pantheon Books, 1998.

SÁNCHEZ, G.S.; JUÁREZ, C.T.; REYES, M.H.; DE LA FUENTE, H.J.; SOLÓRZANO, S.F.; GARCÍA, P.C.; State of dentition and its impact on the

capacity of elders to perform daily activities. **Salud Pública Mex.**, v. 49, p. 173-81, 2007.

KANDELMAN, D.; PETERSEN, P.E.; UEDA, H.; Oral health, general health, and quality of life in older people. **Spec Care Dentist**, v. 28, p. 224-36, 2008.

MILLAR, W.J.; LOCKER, D.; Edentulism and denture use. **Health Rep.**, v. 17, p. 55-58, 2005.

HE, W.; SENGUPTA, M.; VELKOFF, V.A.; DE BARROS, K.A.; 65+ in the United States. **Current Population Reports**. U.S. Census Bureau and National Institute on Aging, p. 23-209, 2005.

OLCHIK, M.R.; AYRES, A.; PRESOTTO, M.; BALTEZAN, RL.; GONÇALVES, A.K.; O impacto do uso de prótese dentária na qualidade de vida de adultos e idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, v.16, n.5, p. 107-121, 2013.

SÁEZ, P.B.; HAYA, F.M.C.; SANZ, G.M.T.; Oral health and quality of life in the municipal senior citizen's social clubs for people over 65 of Valencia, Spain. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 21, n. 6, p.672-8, 2016.

ALLEN, P.F.; MCMILLAN, A.S.; A longitudinal study of quality of life outcomes in older adults requesting implant prostheses and complete removable dentures. **Clin Oral Implants Res**, v. 14, p. 173-9, 2003.

FORGIE, A.H.; SCOTT, B.J.; DAVIS, D.M.; A study to compare the oral health impact profile and satisfaction before and after having replacement complete dentures in England and Scotland. **Gerodontology**, v. 22, p. 137-42, 2005.

NAITO, M.; SUZUKAMO, Y.; NAKAYAMA, T.; HAMAJIMA, N.; FUKAHARA, S.; Linguistic adaptation and validation of the general oral health assessment index (GOHAI) in an elderly Japanese population. **J Public Health Dent**, v. 66, p. 273-5, 2006.

SHEIHAM, A.; STEELE, J.G.; MARCENES, W.; TSAKOS, G.; FINCH, S.; WALLS, A.W.; Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people: a national survey in Great Britain. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 29, p. 195-203, 2001.

2001

IKEBE, K.; WATKINS, C.A.; ETTINGER, R.L.; SAJIMA, H.; NOKUBI, T., Application of short-form oral health impact profile on elderly Japanese. **Gerodontology**, v. 21, p. 167-76, 2004.

EKANAYAKE, L.; PERERA, I.; Validation of a Sinhalese translation of the Oral Health Impact Profile¹⁴ for use with older adults. **Spec Care Dentist**, v. 25, p. 199-205, 2005.

SLADE, G.D.; SPENCER, A.J.; Development and evaluation of the oral health impact profile. **Community Dent Health**, v. 11, p. 3-11, 1994.

JONH, M.T.; KOESELL, T.D.; HUJOEL, P.; MIGLIORETTI, D.L.; LERESCHE, L.; MICHEELIS, W.; Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 32, p. 125-32, 2004.

SCOTT, B.J.; FORGIE, A.H.; DAVIS, D.M.; A study to compare the oral health impact profile and satisfaction before and after having replacement complete dentures constructed by either the copy or the conventional technique. **Gerodontology**, v. 23, p. 79-86, 2006.

SOUZA, R.F.; LELES, C.R.; GUYATT, G.H.; PONTES, C;B.; DELLA VECCHIA, M.P.; NEVES, F.D.; Exploratory factor analysis of the Brazilian OHIP for edentulous subjects. **J Oral Rehabil**, v. 37, p. 202-8, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The world health report**. Geneva, 2001.

ANDERSON, K.L.; BURCKHARDT C.S.; Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. **J Adv Nurs.**, v. 29, p. 296-306, 1999.

FARQUHAR, M.; Definitions of quality of life: a taxonomy. **J Adv Nurs**, v. 22, p. 502-8, 1995.

PERRINE, K.R.; A new quality of life inventory for epilepsy patients: interim results. **Epilepsia**, v. 34, n. 4, p. 28-33, 1993.

COLUSSI, C.S.; FREITAS, S.F.T.; Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 18, p. 1313-20, 2002.

MOREIRA, R.S.; NICO, L.S.; TOMITA, N.E.; RUIZ, T.; A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad Saúde Pública**, v. 21, p. 1665-75, 2005.

MOREIRA, R.S.; NICO, L.S.; SOUSA, M.L.R.; Fatores associados à necessidade subjetiva de tratamento odontológico em idosos brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2661-2671, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde. http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf. (acessado em 28/jul/2017).

SOUSA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D.; Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 364-71, 2003.

FLECK, M.P.A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C.M.; WHOQOLOLD Project method and focus group results in Brazil. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 793-9, 2003.

NARVAI, P.C.; ANTUNES, J.F.L.; Saúde bucal: a autopercepção da mutilação e das incapacidades. In: LEBRÃO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda A. de Oliveira (Org.). **SABE - Saúde, Bem Estar e Envelhecimentos - o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p.121-137.

REIS, S.C.G.B.; MARCELO, V.C.; Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 11, p. 191-9, 2006.

UNFER, B.; BRAUN, K.; SILVA, C.P.; PEREIRA, F.L.D.; Autopercepção da perda de dentes em idosos. **Interface Comun Saúde Educ**, v. 10, p. 217-26, 2006.

WOLF, S.M.R.; O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 52, p. 307-16, 1998.

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

FAJARDO, R.S.; SUNDEFELD, M.L.M.M.; CAÇÃO, F.M.; NEPOMUCENO, G.C.; AMARAL, T.C.; GOIATO, M.C.; MARFINATI, S.M.A.P.; Análise das condições funcionais e psicológicas em pacientes edêntulos portadores de próteses totais. **Arquivos em Odontologia**, v. 38, n. 2, p. 87-94, 2002.

PETROPOULOS, V.C.; RASHEDI, B.; Removable partial denture education in U.S. dental schools. **J Prosthodont**, v. 15, p. 62-68, 2006.

WONG, M.C.M.; LO, E.C.M.; MCMILLAN, A.S.; Validation of a Chinese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP). **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 30, p.423-430, 2002.

KRESSIN, N.R.; REISINE, S.; SPIRO III, A.; JONES, J.A.; Is negative affectivity associated with oral quality of life? **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 29, p. 412-423, 2001.

LOCKER, D.; ALLEN, F.; What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 35, p. 401-411, 2007.

MONTERO, J.; BRAVO, M.; ALBALADEJO, A.; Validation of two complementary oral-health related quality of life indicators (OIDP and OSS 0-10) in two qualitatively distinct samples of the Spanish population. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 6, p. 101, 2008.

CASTREJÓN, P.R.C.; BORGES Y.S.A.; IRIGOYEN C.M.E.; Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 27, p. 321-329, 2010.

JOHN, M.T.; KOESELL, T.D.; HUJOEL, P.; MIGLIORETTI, D.L.; LERESCHE, L.; MICHEELIS, W.; Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 32, p. 125-132, 2004.

SLADE, G.D.; Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 25, p. 284-290, 1997.

PIRES, C.P.A.B.; FERRAZ, M.B.; ABREU, M.H.N.G.; Tradução para a língua portuguesa, adaptação cultural e validação do "oral health impact profile" (ohip-49). **Braz Oral Res**, v. 20, p. 263-268, 2006.

ALMEIDA, A.A.; LOUREIRO, C.A.; ARAÚJO, V.E.; 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 lingüística. **UFES Rev Odontol**, v. 6, p. 615, 2004.

WONG, M.C.M.; LO, E.C.M.; MCMILLAN, A.S.; Validation of a Chinese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP). **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 30, p. 423-430, 2002.

IKEBE, K.; WATKINS, C.A.; ETTINGER, R.L.; SAJIMA, H.; NOKUBI T.; Application of short-form oral health impact profile on elderly Japanese. **Gerodontology**, v. 21, p. 167-176, 2004.

EKANAYAKE, L.; PERERA, I.; Validation of a Sinhalese translation of the Oral Health Impact Profile-14 for use with older adults. **Spec Care Dentist** , v. 25, p. 199-205, 2005^a.

FERNANDES, M.J.; RUTA, D.A.; OGDEN, G.R.; PITTS, N.B.; OGSTON, S.A.; Assessing oral healthrelated quality of life in general dental practice in Scotland: validation of the OHIP-14. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 34, p. 53-62, 2006.

SZENTPÉTERY, A.; SZABO, G.; MARADA, G.; SZÁNTÓ, I.; JOHN, M.T.; The Hungarian version of the Oral Health Impact Profile. **Eur J Oral Sci**, v. 114, p. 197-203, 2006.

MONTERO, M.J.; BRAVO, P.M.; ALBALADEJO, M.A.; HERNÁNDEZ, M.L.A.; ROSEL, G.E.M.; Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 14, p. 44-50, 2009.

VIOLA, A.P.; TAKAMIYA, A.S.; MONTEIRO, D.R.; BARBOSA, D.B.; Oral health-related quality of life and satisfaction before and after treatment with complete dentures in a Dental School in Brazil. **Journal of Prosthodontic Research**, v. 57, p. 36-41, 2013.

STOBER, T.; DANNER, D.; LEHMANN, F.; SÉCHÉ, A.C.; RAMMELSBERG, P.; HASSEL, A.J.; Association between patient satisfaction with complete dentures and oral health-related quality of life: two-year longitudinal assessment. **Clin Oral Invest**, v. 16, p. 313-318, 2012.

LEE, I.C.; YANG, Y.H.; HO, P.S.; LEE, I.C.; Exploring the quality of life after denture-wearing within elders in Kaohsiung. **Gerodontology**, v. 29, p. 1067-1077, 2012.

ÖZHAYAT, E.B.O.; OTFREDSEN, K.; Effect of treatment with fixed and removable dental prostheses. An oral health-related quality of life study. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 39, p. 28–36, 2012.

INUKAI, M.; BABA, K.; JOHN, M.T.; IGARASHI, Y.; Does removable partial denture quality affect individuals' oral health? **J Dent Res.**, v. 87, n.8, p. 736-9, 2008.

KUO, H.C.; KUO, Y.S.; LEE, I.C.; WANG, J.C.; YANG, Y.H.; The association of responsiveness in oral and general health-related quality of life with patients' satisfaction of new complete dentures. **Qual Life Res**, v. 22, n. 7, p. 1665-74, 2013.

INOUE, M.; JOHN, M.T.; TSUKASAKI, H.; FURUYAMA, C.; BABA, K.; Denture quality has a minimal effect on health-related quality of life in patients with removable dentures. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 38, p. 818–826, 2011.

Almeida, O.P; Almeida, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq Neuropsiquiatr**, v.57(2B), 421-426.1999.

OLIVEIRA, B.H.; NADANOVSKY, P.; Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile- short form. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 33, n. 4, p. 307-14, 2005.

4 Relatório do trabalho de campo

Todas as fases referentes ao trabalho de campo foram realizadas no período de novembro de 2017 a setembro de 2018, coordenadas e financiadas pelos próprios pesquisadores do estudo, com a autorização da Secretaria Municipal da Saúde da cidade de Pelotas-RS e aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas- UFPEL (ANEXO D).

A seguir serão descritas características do local em que o estudo foi realizado e as diferentes etapas de sua execução.

4.1 Aspectos Históricos

O município de Pelotas, da mesma forma que toda região Sul do estado do Rio Grande do Sul iniciou a sua colonização em função da colônia de Sacramento, no Uruguai, em 1777. Em 1832, foi elevada a categoria de vila, passando a chamar se Pelotas, em homenagem às rústicas embarcações utilizadas pelos nativos na travessia dos rios, confeccionadas com couro animal e quatro varas corticeiras. Somente em 1835, Pelotas ganha o status de cidade (PELOTAS, 2017).

4.2 Características Geográficas

Atualmente o município apresenta uma área de 1.610,084 km² e, situa-se a 250 km de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul, e se localiza às margens do canal São Gonçalo que liga as lagoas Patos e Mirim, as maiores do Brasil. O clima é subtropical úmido ou temperado, com temperatura média anual de 17,5°C (PELOTAS, 2017).

4.3 Dados Populacionais

De acordo com o censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população do município é de 328.275

habitantes (IBGE, 2010). Dados do IBGE, no ano de 2010, relatam que a população residente na área urbana do município era de 305.696 habitantes (93.0%). Em relação à população com 60 anos ou mais, conforme o censo realizado no Brasil, em 2010, Pelotas tem 49.764 habitantes (aproximadamente 15,1% do total da população).

4.4 Rede de Serviços de Saúde Bucal

No que se refere à saúde bucal, o atendimento é realizado por profissionais que atuam nas quarenta e cinco unidades básicas disponíveis no município. O acesso aos serviços odontológicos na maioria das unidades básicas é por meio de fichas que são disponibilizadas aos usuários no início do turno (manhã/tarde) e agendamentos realizados pelos profissionais após a primeira consulta. Existem 16 Equipes de Saúde Bucal (ESB) implementadas no município atuando na Estratégia Saúde da Família (ESF). Para os casos de atendimento especializado (endodontia, cirurgia e periodontia avançada), a Secretaria de Saúde encaminha os usuários para o Centro de Especialidade odontológica – CEO SORRIR coordenado pela Secretaria de Saúde ou para o CEO JEQUITIBAR que é uma parceria da Secretaria de Saúde com a Universidade Federal de Pelotas – UFPel. O município também disponibiliza o serviço de prótese dentária através do credenciamento de um laboratório regional de prótese dentária.

4.5 Trabalho de campo

4.5.1 Autorização e seleção dos indivíduos participantes da pesquisa

A primeira etapa da execução do presente estudo foi a seleção dos idosos participantes do estudo realizado em 2015/16 que se encaixavam nos critérios de inclusão (viver de forma independente, como caminhar e tomar banho sozinho, entre outras atividades e terem respondido ao questionário de qualidade de vida relacionado à saúde bucal – OHIP-14 em 2015/16).

De posse de uma planilha com o nome e endereço de cada indivíduo obtidos no estudo realizado em 2015/16, o pesquisador responsável fez contato com os coordenadores de cada unidade de Saúde da Família para solicitar que fosse agendada uma reunião com a equipe de agentes

comunitários de saúde da unidade para que se pudesse identificar o agente responsável pela área de cada participante. Após as reuniões era agendado com os agentes o dia para a ida até o domicílio dos participantes. Participaram do estudo os idosos pertencentes as Unidades de Saúde da Família: Arco-íris, Barro Duro, Bom Jesus, Navegantes, Sanga Funda, Simões Lopes, Sítio Floresta, e Vila Princesa.

4.5.2 Seleção dos Entrevistadores do Estudo

Os pesquisadores abriram um edital convocando alunos da graduação de Odontologia da Universidade de Pelotas para a participação no estudo, com o objetivo de agilizar o processo de coleta dos dados.

Foram selecionados 8 entrevistadores. Destes, 6 eram mulheres e 2 eram homens entre o 5º e o 8º semestre. Os critérios para a escolha dos entrevistadores foi o desempenho durante o treinamento do estudo e a disponibilidade para realizar as atividades de coleta de dados.

4.5.3 Treinamento dos Entrevistadores do Estudo

O treinamento foi realizado pelos pesquisadores responsáveis. Foi agendado um horário com os entrevistadores para que fosse desenvolvido o treinamento do instrumento de coleta de dados.

Inicialmente, os entrevistadores foram orientados em relação aos objetivos da pesquisa e à importância de incentivar a participação de todos os participantes. Após esta etapa, cada entrevistador recebeu o questionário do estudo (ANEXO A) e o roteiro com as instruções (APÊNDICE C). De posse deste material, o pesquisador iniciou a leitura detalhada de cada pergunta do questionário, esclarecendo as dúvidas surgidas durante o treinamento. Os entrevistadores foram orientados sobre a importância da entonação da voz durante a leitura do questionário e que não deveriam em nenhuma hipótese dar informações que pudessem influenciar na resposta do pesquisado.

Ao final da leitura, o pesquisador desenvolveu uma atividade na qual o entrevistador aplicava o questionário em um usuário dos serviços da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas para que fosse observado

o modo com o entrevistador abordava o pesquisado, bem como a sua postura. Esta atividade teve por objetivo padronizar a aplicação do instrumento de coleta de dados e corrigir possíveis problemas durante sua aplicação.

Para a realização dos exames clínicos, foram selecionados, além do própria pesquisadora (mestranda), uma acadêmica do curso de odontologia do último semestre do curso Odontologia. Os examinadores então passaram por uma calibração através da realização do exame epidemiológico de saúde bucal em 5 pacientes acima de 60 anos da disciplina de prótese dentária na faculdade de Odontologia. Todos os examinadores realizaram os exames de saúde bucal nos mesmos indivíduos em dois momentos diferentes para o cálculo do coeficiente Kappa Intra e interexaminador.

4.5.4 Coleta dos Dados do Estudo

O processo de coleta dos dados ocorreu sempre sob a supervisão dos pesquisadores responsáveis. Os questionários eram verificados quanto ao seu preenchimento, e havendo alguma informação incorreta ou incompreensível, era solicitado ao entrevistador o retorno ao domicílio do pesquisado para realizar as correções necessárias.

Ao final da coleta, os dados foram digitados pelo próprio pesquisador em uma planilha do programa STATA 12.0. Após a digitação de todas as informações, os pesquisadores fizeram uma conferência de todos os dados da planilha com o intuito de minimizar erros antes do início das análises estatísticas do estudo.

4.6 Perdas e recusas

O presente estudo teve uma taxa de perdas de 19,3% (n=12). As causas foram: recusas (n=5), não encontrados (n=3), sem condições cognitivas (n=2) e falecimento (n=2).

4.7 Características da Amostra do Estudo

A tabela 1 abaixo apresenta as características dos 50 indivíduos da amostra. A maioria era do sexo feminino (64%), com idade entre 70-80 anos (46%), com companheiro (52%), cor da pele branca (76%) com escolaridade de

0 até 4 anos (60%), aposentado (79,6%) e com renda de até 1 salário mínimo per capita (60%). A figura 2 apresenta o fluxograma dos acompanhamentos de saúde bucal dos idosos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família de Pelotas.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos idosos vinculados às unidades de Saúde da Família da área urbana de Pelotas – RS. Pelotas - RS. 2017.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	32	64,0
Masculino	18	36,0
Idade (em anos)		
60 até 70 anos	12	24,0
Mais de 70 até 80 anos	23	46,0
Mais de 80 anos	15	30,0
Estado civil		
Sem companheiro	24	48,0
Com companheiro	26	52,0
Cor da pele		
Branca	38	76,0
Preta ou parda	12	24,0
Escolaridade (em anos)		
0-4	30	60,0
5-8	16	32,0
Mais de 8	4	8,0
Ocupação		
Aposentado	39	79,6
Pensionista	9	18,4
Ativo e aposentado	1	2,0
Renda per capita		
Até 1 salário mínimo	30	60,0
Mais que 1 salário mínimo	20	40,0

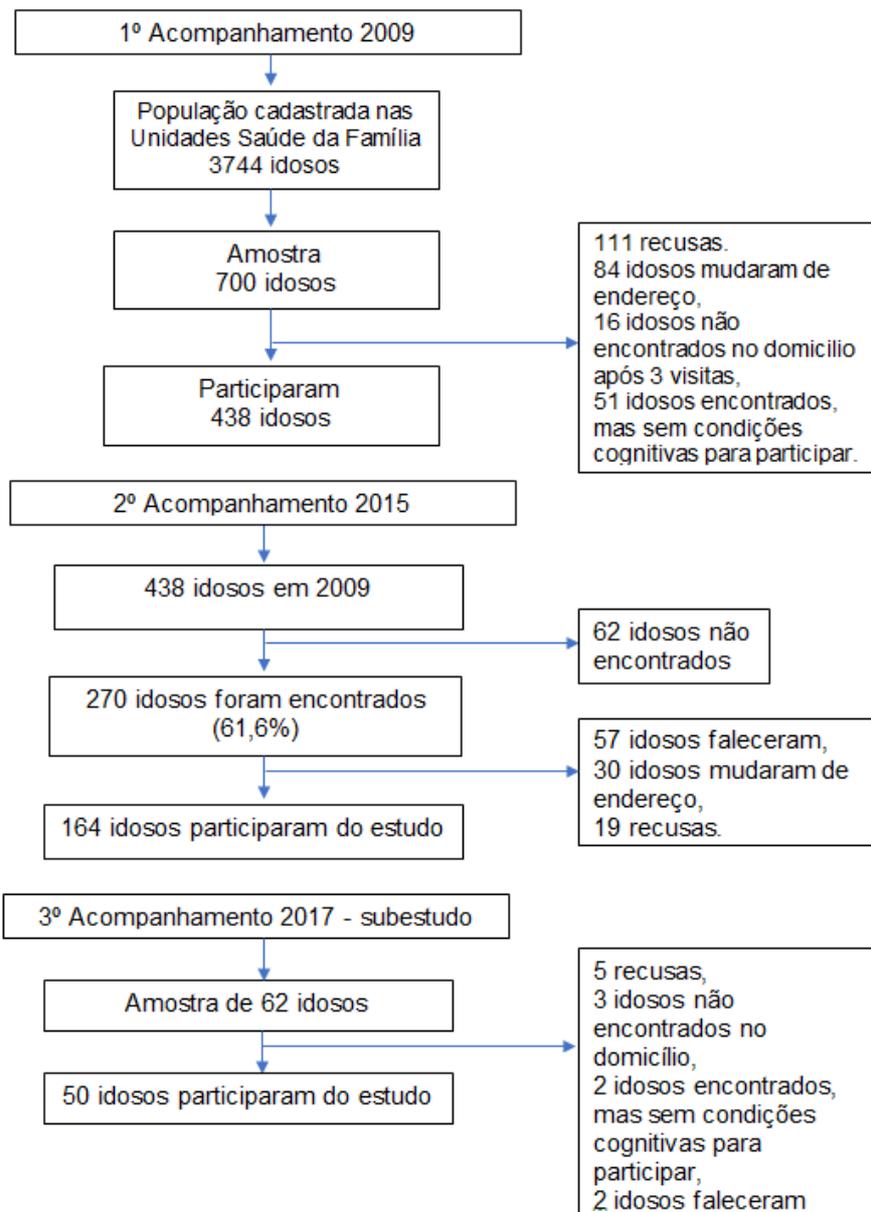


Figura 2. Fluxograma dos acompanhamentos de saúde bucal dos idosos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família de Pelotas - RS. Pelotas - RS. 2019.

4.8 Considerações finais

4.8.1 Dificuldades durante as etapas do trabalho de campo

Entre os problemas que ocorreram durante a execução do estudo, pode ser destacada a dificuldade de agendamento para a saída com as agentes comunitárias de saúde, que eram responsáveis por levarem os entrevistadores até o domicílio dos entrevistados, assim como a dificuldade de agendamento com os alunos/entrevistadores, que possuíam poucos turnos livres.

A recusa em participar do estudo por parte dos pesquisados aconteceu, ao menos em parte, pelo fato da população do estudo acreditar que somente deveria responder as perguntas do questionário aqueles que não possuíam próteses ou que haviam sido reabilitados através do estudo.

A dificuldade na obtenção de informações a partir do questionário era proporcional à idade e ao grau de instrução do pesquisado, ou seja, quanto maior idade e menor escolaridade do entrevistado, mais difícil a aplicação do instrumento. Os entrevistadores foram orientados a repetir quantas vezes fossem necessárias as perguntas, com paciência e respeitando a autonomia dos sujeitos. Durante a coleta de dados, os entrevistadores relataram que na maioria das vezes em que havia alguém que cuidava do pesquisado (familiar ou não familiar), esta pessoa interrompia a entrevista querendo responder às perguntas no lugar do entrevistado, o que não era permitido. Esta situação aumentou o tempo de aplicação do instrumento de coleta de dados.

4.8.2 Aspectos positivos do trabalho de campo

O auxílio das coordenadoras das unidades de saúde que participaram do estudo foi importante para organizar e atualizar a lista de idosos e todas as informações necessárias para realização do trabalho de campo. A ida das agentes comunitárias às casas dos idosos com os entrevistadores e examinadores do estudo auxiliou na localização das casas de forma mais dinâmica e na recepção positiva da maioria dos pesquisados. O contato com

os idosos proporcionou ao pesquisador maior conhecimento sobre os fatores psicológicos e clínicos envolvidos na reabilitação protética desse grupo.

5 Artigo

Ter próteses dentárias novas melhora a qualidade de vida relacionada à saúde bucal em idosos?

Mayara dos Santos Moraes – MSM. Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

Alexandre Emidio Ribeiro Silva – AERS. Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

Qualidade de vida relacionado saúde bucal e próteses dentárias em idosos

Autor Correspondente

Alexandre Emidio Ribeiro Silva

Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Universidade Federal de Pelotas

Rua Gonçalves Chaves, 457, Sala 402B

Telefone: +55 53 981113541

E-mail: aemidiosilva@gmail.com

Palavras-chave: Qualidade de vida, Prótese dentária, Idoso, Saúde Bucal.

Artigo Formatado para o envio para revista Gerodontology.

Resumo

Objetivo: Avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal - QVRSB de idosos atendidos em unidades de saúde da família em uma cidade no Sul do Brasil antes e depois da instalação de novas próteses dentárias. **Metodologia:** A amostra foi composta por 50 idosos de 60 anos ou mais. Um questionário padronizado foi utilizado para obtenção das variáveis sociodemográficas e a QVRSB. A QVRSB foi medida com o Oral Health Impact Profile (OHIP-14). Antes da instalação de novas próteses dentárias, em 2015, os idosos responderam ao questionário padronizado e o OHIP-14, e após um período de aproximadamente 12 a 24 meses, os mesmos questionários foram novamente aplicados aos idosos. Foram realizadas análises bivariadas utilizando os testes Mann-Whitney e Kruskal Wallis com nível de significância de 5% considerando os escores do OHIP-14 total e dos seus domínios obtidos no acompanhamento de 2015 e do presente estudo. **Resultados:** Foi observado um aumento do escore total do OHIP-14 e dos domínios Limitação Funcional, Desconforto Físico, Desconforto Psicológico, Incapacidade Física, Incapacidade Psicológica, Desvantagem Social após a reabilitação protética, apesar dessa diferença não ser estatisticamente significativa. **Conclusão:** Não houve melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde bucal de idosos após o período de 12 a 24 meses da reabilitação protética.

Palavras-chave: Qualidade de vida, Prótese dentária, Idoso, Saúde Bucal.

Abstract

Objective: To evaluate the oral health-related quality of life (OHRQOL) of the elderly treated at family health units in a city in the South of Brazil before and after the installation of new dental prostheses. **Methodology:** The sample consisted of 50 elderly patients aged 60 years or more. A standardized questionnaire was used to obtain sociodemographic variables and OHRQOL. OHRQOL was measured with Oral Health Impact Profile (OHIP-14). Before the installation of new dental prostheses, in 2015, the elderly answered the standardized questionnaire and OHIP-14, and after a period of approximately 12 to 24 months, the same questionnaires were again applied to the elderly. Bivariate analyzes were performed using the Mann-Whitney and Kruskal Wallis test with significance level of 5% considering the total OHIP-14 scores and their domains obtained in the follow-up of 2015 and the present study. **Results:** There was an increase in the OHIP-14 total score and in the domains Functional Limitation, Physical Pain, Psychological Discomfort, Physical Disability, Psychological Disability, Social Handicap after prosthetic rehabilitation, although this difference was not statistically significant. **Conclusion:** There was no improvement in oral health-related quality of life of the elderly after the period of 12 to 24 months of prosthetic rehabilitation.

Keywords: Quality of life, Dental prosthesis, Elderly, Oral Health.

Introdução

Nas últimas décadas, o envelhecimento progressivo da população vem acontecendo em diferentes partes do mundo, e a consequência é o aumento do número de idosos¹. Apesar da diminuição global da taxa de edentulismo, o número de indivíduos edêntulos atingindo idades avançadas continua alto^{2,3}. O último levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira mostrou que a média do CPO-D para o grupo etário de 65-74 anos, foi de 27,53%, com maior participação do componente “perdido” (91,9%), indicando a alta prevalência de edentulismo entre os idosos brasileiros.

A perda dentária severa (menos de 9 dentes permanentes presentes) ocupa a 36^a posição entre as 100 doenças crônicas que mais afetam a expectativa de vida⁴ e altera a homeostase do sistema estomatognático, devido à modificação de parte do esqueleto facial, associada à perda de osso alveolar e resposta neuromuscular, interferindo na realização das funções de mastigação, deglutição e fala⁵, além de repercutir na capacidade do indivíduo em interagir socialmente^{6,7}. A prótese dentária é um recurso que possibilita melhorar a mastigação, fonação, deglutição e a autoestima do idoso com perdas dentárias⁵, sendo que para muitos dos indivíduos edêntulos, a reabilitação com próteses totais é a única opção acessível de tratamento⁸.

Diversas ferramentas validadas para medir a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHRQoL) foram propostas nos últimos 30 anos, como o Índice Geriátrico de Avaliação da Saúde Bucal (GOHAI)⁹, Impactos Orais no Desempenho Diário

(OIDP)¹⁰ e o Impacto na Saúde Bucal Relacionado a Qualidade de Vida (OHIP)^{11,12}. O OHIP¹³ é uma das ferramentas de avaliação mais completas e amplamente empregadas para medir o impacto do estado de saúde bucal na qualidade de vida¹⁴. O OHIP tem sido utilizado em estudos com desfechos de saúde bucal, incluindo próteses dentárias^{15,16,17}. Alguns estudos têm discutido o impacto da instalação de próteses dentárias na qualidade de vida da população idosa, no entanto, poucos estudos utilizaram dados longitudinais e relacionaram à qualidade de vida relacionada à saúde bucal antes e depois da instalação de novas próteses.

Diante disso, o presente estudo tem dois objetivos: 1. Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de idosos atendidos em unidades de saúde da família em uma cidade no Sul do Brasil antes e depois da instalação de novas próteses dentárias num período entre 12 e 24 meses e 2. Comparar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal destes idosos que realizaram reabilitação protética com aqueles que necessitam de novas próteses, mas não receberam tratamento. A hipótese do presente estudo é que após a instalação de novas próteses dentárias ocorrerá diminuição dos escores do OHIP-14 indicando melhoria na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Metodologia

Delineamento e participantes do estudo

O presente estudo trata-se de um subestudo de saúde bucal e apresenta um delineamento quase-experimental. Foram avaliados idosos participantes do estudo longitudinal avaliados em 2009/2010 e 2015/16 em 11 Unidades de Saúde da Família (Arco-íris, Barro Duro, Bom Jesus, Dunas, Getúlio Vargas, Navegantes, Sanga Funda, Simões Lopes, Sítio Floresta, Vila Municipal e Vila Princesa) da área urbana de Pelotas – RS (figura 1). A cidade de Pelotas está localizada no sul do Brasil, com uma

população estimada de 341.648 habitantes, com aproximadamente 49.794 com 60 anos ou mais de acordo com o Censo Demográfico 2010 (IBGE)¹⁸.

O primeiro estudo foi desenvolvido de maio de 2009 a setembro de 2010 em 11 unidades de Saúde da Família da cidade de Pelotas- RS. Inicialmente foram selecionados aleatoriamente 700 indivíduos com 60 anos ou mais de uma lista de 3.744 idosos elegíveis com base na proporção sexo, idade e número de idosos cadastrados nas unidades. A amostra final do estudo foi 439 indivíduos. Para o cálculo da amostra, outros desfechos de saúde bucal foram avaliados e foi considerado um nível de significância de 5% e 80% de poder. A descrição do processo de seleção da amostra pode ser encontrada no estudo de 2009¹⁹.

O segundo estudo foi realizado de abril de 2015 até agosto de 2016 e localizou 270 idosos (61.6%) do estudo anterior, sendo que desses, 57 idosos haviam falecido, 30 haviam se mudado da cidade e 19 não quiseram participar. 164 idosos foram reavaliados através do mesmo questionário e exame epidemiológico de saúde bucal utilizados no estudo anterior²⁰.

O estudo atual foi desenvolvido de abril de 2017 a setembro de 2018. Dos 164 idosos participantes do estudo de saúde bucal realizado em 2015/16 foram elegíveis para participar do estudo, os idosos com os seguintes critérios: 1. Ser independente, ou seja, conseguir realizar as atividades diárias sem auxílio de um familiar ou cuidador (banhar-se e alimentar-se, entre outras) conforme o índice de Katz²¹; 2. Ter respondido o questionário de qualidade de vida relacionado à saúde bucal – OHIP-14 em 2015/16; 3. Ter sido identificado com necessidade de algum tipo de prótese dentária em 2015/16 e realizado a reabilitação protética até abril de 2017; 4. Ter sido identificado com necessidade de algum tipo de prótese 2015/2016 e não ter realizado reabilitação

protética até abril de 2017. Não ter sido identificado com necessidade de reabilitação em 2015/16, mas que tenha trocado as suas próteses até abril de 2017.

Amostra

A amostra do estudo foi composta por 50 idosos independentes que foram avaliados no acompanhamento de saúde bucal de 2015/16 e responderam o OHIP-14. Destes, 9 idosos foram identificados com necessidade de prótese dentária em 2015/16 e receberam reabilitação protética em 2017/18, 31 idosos identificados com necessidade de prótese em 2015/16 e sem reabilitação protética entre 2017/18 ou 2018 e 10 idosos sem necessidade de reabilitação protética 2015/16 e realizaram reabilitação protética em 2017/18

Logística

Inicialmente foi feito contato com a Secretaria de Saúde de Pelotas, informando sobre o estudo e solicitando autorização para a realização do mesmo. Após a autorização da Secretaria de Saúde foi feito um contato com cada coordenador da unidade básica de saúde dos idosos participantes para informar sobre o estudo e solicitar o auxílio dos agentes comunitários de saúde para a localização e visita aos idosos para a obtenção das informações do estudo. Para a localização dos idosos do estudo foram utilizadas as seguintes estratégias: A. Organização de uma planilha com as informações sobre idosos obtidas em 2015: nome, endereço, unidade de saúde, idade e telefone. B. Ligações telefônicas realizadas pelo pesquisador do estudo para confirmar o endereço e agendar as visitas domiciliares. C. Para aqueles idosos sem telefone ou não localizados via telefone foi solicitado o auxílio dos agentes comunitários de saúde para organizar a visita ao domicílio do idoso. Foi então confeccionado um bilhete com o dia e hora para

que os agentes comunitários entregassem aos idosos. As visitas ao domicílio do idoso foram realizadas pelos pesquisadores do estudo acompanhados pelos agentes comunitários de saúde para a coleta de dados.

Instrumento de coleta

O mesmo questionário padronizado aplicado em 2015 com perguntas fechadas foi utilizado para obtenção das variáveis sociodemográficas, de saúde geral, autopercebidas de saúde bucal e qualidade de vida relacionada à saúde. Os questionários foram aplicados por entrevistadores previamente treinados na unidade de saúde e/ou no domicílio do idoso. O treinamento foi realizado pelo pesquisador responsável pelo estudo. Inicialmente, os entrevistadores foram orientados em relação aos objetivos da pesquisa e à importância de incentivar a participação de todos os sorteados para responder os questionários do estudo. Após esta etapa, cada entrevistador recebeu o questionário do estudo, o roteiro com as instruções e o modo de como cada pergunta deveria ser realizada. De posse deste material, o pesquisador iniciou a leitura minuciosa de cada pergunta do questionário, esclarecendo as dúvidas surgidas durante o treinamento. Os entrevistadores foram orientados sobre a importância da entonação da voz durante a leitura do questionário e que não deveriam em nenhuma hipótese dar informações que pudessem influenciar na resposta do pesquisado. Ao final da leitura, o pesquisador desenvolveu uma atividade na qual o entrevistador aplicava o questionário para que fosse observado o modo como ele abordava o pesquisado, bem como a sua postura. Esta atividade teve o objetivo de padronizar a aplicação do instrumento de coleta de dados e corrigir possíveis problemas durante sua aplicação.

Um exame epidemiológico de saúde bucal foi realizado por examinadores devidamente treinados e calibrados. A calibração dos examinadores se deu através da realização do exame epidemiológico em 5 indivíduos acima de 60 anos atendidos na

Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas. Todos os examinadores realizaram os exames clínicos nos mesmos indivíduos em dois momentos diferentes para o cálculo do coeficiente Kappa Intra e Interexaminador.

Os exames foram realizados no domicílio do idoso, sendo que os participantes foram examinados sentados sob luz natural, utilizando equipamentos de proteção individual (luva, máscara, gorro e jaleco) e odontoscópio. Foram avaliados a cárie dentária e uso e necessidade de prótese dentária de acordo com os critérios propostos pela Organização Mundial de Saúde para levantamentos epidemiológicos em saúde bucal²².

Variáveis do estudo

Desfecho

O desfecho do estudo foi o impacto da saúde bucal relacionado à qualidade de vida-OHIP-14. Este instrumento²³ é composto por 14 questões divididas em sete domínios: limitação funcional, desconforto físico, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem em decorrência da saúde bucal acontecido nos últimos doze meses. Cada dimensão compreende duas questões, cada uma delas com uma pontuação variando de 0 a 4 pontos, sendo 0 = nunca, 1 = quase nunca, 2 = ocasionalmente, 3 = frequentemente, 4 = muito frequentemente. A pontuação final varia de 0 a 56 pontos, sendo que as maiores pontuações denotam maior impacto na qualidade de vida. Para fins de análise descritiva, o escore OHIP-14 foi dicotomizado (OHIP-14 > ou = 1, com impacto) e para a comparação dos grupos foi considerado o número de impactos de cada indivíduo.

A exposição principal do estudo foi ter realizado nova(s) prótese(s) dentária(s) depois do acompanhamento de saúde bucal realizado em 2015/16. Foram organizadas três categorias: Grupo 1: idosos que foram identificados com necessidade de prótese dentária em 2015/16 e receberam reabilitação protética; Grupo 2: idosos identificados com necessidade de prótese em 2015/16 e sem reabilitação protética e Grupo 3: idosos sem necessidade de reabilitação protética 2015/16 e realizaram reabilitação protética.

As outras variáveis obtidas no acompanhamento de 2015 e no acompanhamento de 2017 foram organizadas da seguinte forma: Demográficas: idade coletada em anos e categorizada (60 a 69, 70 a 79 e 80 ou mais), estado civil coletado como solteiro, casado ou morando junto, divorciado e viúvo e categorizado (com companheiro e sem companheiro), cor da pele autorreferida coletada de acordo com a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE¹⁸ como branca, amarela, parda, indígena e sem declaração e categorizada (branco e preto ou pardo). Socioeconômicas: escolaridade coletada em anos completos de estudo e categorizada (até 4 anos, 5 a 8 anos e mais de 8 anos), renda familiar coletada em reais e categorizada em salários mínimos - SM (menos de 1,0 SM e mais de 1,0 SM) e ocupação coletada como aposentado, pensionista, ativo, ativo e aposentado, ativo e pensionista, aposentado e pensionista e categorizado (ativo e não ativo). Clínica de saúde bucal: Variável obtida por meio do exame epidemiológico de saúde bucal. Os dentes cariados, perdidos e obturados – CPOD e seus componentes apresentados separadamente²⁴.

Análise Estatística

Os dados do estudo foram digitados inicialmente numa planilha do tipo Excel. Após essa etapa foi utilizado o programa estatístico Stata 12.0 para a realização das análises estatísticas do estudo. Inicialmente, foram realizadas análises descritivas por meio de frequências absolutas e relativas, média e desvio padrão. Após foram

executadas análises bivariadas utilizando o teste Mann–Whitney e Kruskal Wallis com nível de significância de 5% considerando o OHIP-14 total e os seus escores obtidos no acompanhamento de 2015 e do presente estudo.

Considerações Éticas

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas – UFPel – número 102568. Todos os participantes do estudo foram esclarecidos dos objetivos e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Resultados

Considerando o último acompanhamento de 2017, a amostra do estudo foi composta por 50 idosos, predominantemente de mulheres (64,0%), com idade entre 70-80 anos (46,0%), com companheiro (52,0%), cor da pele branca (76,0%) com escolaridade de 0 até 4 anos (60,0%), aposentado (79,6%), com renda de até 1 salário mínimo per capita (60,0%), sem sintomas depressivos (75,5%). Em relação aos scores do OHIP-14, 76,0% dos idosos da amostra apresentaram algum nível de impacto na QVRSB. A média do CPOD (número de dentes perdidos, cariados e obturados) foi de 27,5 dentes, sendo maior para o componente perdido (25,5 dentes).

A tabela 2 compara os escores do OHIP-14 para cada um dos itens que compõem as sete dimensões entre os 3 grupos do estudo nos acompanhamentos entre 2015 e 2017. Os maiores escores do OHIP-14 para a maioria dos itens das dimensões foi para o Grupo 1 (idosos identificados com necessidade de prótese dentária e reabilitados) e 2 (idosos identificados com necessidade de prótese dentária e não reabilitados) quando comparados ao grupo 3 (idosos identificados sem necessidade de prótese dentária e reabilitados) nos dois acompanhamentos de 2015 e 2017, apesar dessa

diferença não ser estatisticamente significativa. Foi observado diferença estatística entre os 3 grupos no acompanhamento de 2017 para a dimensão Limitação Funcional no item “Você teve problema para pronunciar algumas palavras por causa dos seus dentes, boca ou dentaduras” ($p=0,037$) e para a dimensão Dor Física no item “Você teve dor em sua boca” no acompanhamento de 2015 ($p=0,004$) e 2017 ($p=0,003$). Por fim, para o acompanhamento de 2015 na dimensão Incapacidade Física no item “Você teve que interromper suas refeições por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras” ($p=0,029$).

A tabela 3 compara os scores do OHIP-14 e suas dimensões nos idosos antes (2015) e depois da reabilitação protética (2017). É possível observar que houve um aumento do escore total do OHIP-14 e nos domínios: Limitação Funcional, Desconforto Físico, Desconforto Psicológico, Incapacidade Física, Incapacidade Psicológica, Desvantagem Social após a reabilitação protética, apesar dessa diferença não ser estatisticamente significativa.

Discussão

O presente estudo observou que houve aumento do impacto da QVRSB comparando os escores do OHIP-14 e antes e depois da reabilitação protética, mas sem diferença estatística. Tal achado rejeita a hipótese do estudo de que a instalação de próteses dentárias contribuiria para uma diminuição no impacto da QVRSB nos indivíduos idosos.

O presente estudo quando comparou os três grupos (Grupos 1, 2 e 3) considerando as avaliações realizadas em 2015 e 2017, identificou que houve a diminuição dos valores do OHIP-14 na dimensão limitação funcional para o item “Você

teve problema para pronunciar algumas palavras por causa dos seus dentes, boca ou dentaduras?” para aquele grupo de idosos que foram identificados sem necessidade de troca de prótese em 2015 e trocaram as próteses dentárias em 2017 (Grupo 3). Os autores acreditam que os idosos que buscaram o serviço de reabilitação mesmo que informados que não necessitavam trocar as suas próteses, podem ter feito isso, pois são mais preocupados com a sua saúde e também dispõe de recursos financeiros para a compra de novas próteses dentárias. A literatura aponta que pode existir uma dificuldade inicial da adaptação da prótese dentária, sendo que a sensação de "boca cheia", salivação excessiva, dificuldades em pronunciar tons sibilantes e desconforto são as queixas mais comuns na instalação de próteses totais²⁵. Como o outro grupo avaliado (Grupo 1) no presente estudo recebeu gratuitamente as suas próteses dentárias, não sendo uma necessidade percebida por eles, este idoso pode não aceitar ou não se sentir motivado para entender as dificuldades de adaptação da sua prótese dentária, pois ele já estava acostumado com a sua prótese anterior, mesmo que estivesse trazendo prejuízo para realizar as suas refeições e nas questões estéticas. Por outro lado, ainda se tratando dos idosos que receberam gratuitamente as suas próteses (Grupo 1 ou não usavam (Grupo 2) foi observado menores impactos na dimensão dor física (“Você teve dor em sua boca?”). Cabe ressaltar que os menores impactos podem ser reflexo das políticas de saúde bucal no Brasil que não proporcionaram para a população idosa acesso aos serviços de saúde bucal e produziam práticas mutiladoras²⁶, por isso não ter dentes ou mesmo usar próteses que produzam algum grau de dor na boca podem não ser percebidos como importante para o idoso na sua qualidade de vida.

Uma outra questão que deve ser discutida é o tempo que os idosos demoram para se adaptar as suas próteses dentárias. A literatura aponta que os idosos edêntulos que usavam prótese dentária há menos de cinco anos podem apresentar mais impactos,

visto que leva tempo para os pacientes se acostumarem as próteses removíveis²⁷. Ainda em relação ao tempo de instalação das próteses e a sua relação com a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, o presente estudo avaliou a qualidade de vida após um período entre 12 e 24 meses depois das instalações das novas próteses dentárias e observou um aumento dos escores totais do OHIP-14. Alguns estudos avaliam os resultados após um período de 1 até 12 meses da instalação das próteses dentárias^{25,28,29}. Outros estudos avaliaram o paciente após um período de 24 meses da instalação das próteses^{30,31,32}. Estudos anteriores demonstraram inconsistência sobre a melhora da QVRSB após instalação de próteses totais para períodos curtos de revisão (4 a 6 semanas)^{33,34}. Para o período de um mês após instalação foi relatado aumento dos impactos na QVRSB, o que não ocorreu após 12 meses, onde foi relatado melhora da QVRSB¹³. Outros estudos relataram resultados diferentes, com melhora da QVRSB já após 1 mês da instalação das próteses^{28,34}. *John et al*³⁵ encontrou que a QVRSB melhorou rapidamente dentro de 1 mês após o tratamento com próteses fixas, removíveis e totais e continuou a melhorar dentro de 6 a 12 meses após o tratamento. *Stober*³¹ encontrou um aumento constante da QVRSB durante os dois anos, após a instalação de próteses dentárias, o que poderia ser interpretado como uma indicação de que o processo de adaptação após o tratamento pode continuar durante este período.

Tendo em vista que o processo de adaptação dos idosos a novas próteses dentárias pode acontecer por um longo período após a instalação das mesmas, os resultados encontrados no presente estudo podem estar relacionados com a ausência de consultas de manutenção, após a instalação das próteses. Cabe ressaltar que os idosos que receberam gratuitamente próteses dentárias foram encaminhadas para a Unidade de Saúde para manutenção de suas próteses após a reabilitação protética. No estudo de *Takamiya et al*³⁶ o uso de próteses totais foi avaliada em indivíduos reabilitados em

clínicas universitárias no Brasil. Os autores concluíram que aproximadamente 26% dos pacientes desdentados não usavam suas próteses após o tratamento, sendo que o principal motivo para o não uso das mesmas foi o trauma na mucosa. O resultado do estudo demonstra a importância das consultas de manutenção para ajustes e adaptação do paciente com novas próteses. O acompanhamento dos pacientes é fundamental para a adaptação psicológica e funcional das novas próteses totais convencionais²⁹. Ademais, o período de adaptação das próteses totais pode causar desconforto devido a modificações morfofuncionais²⁷, e a interpretação dos pacientes em relação à experiência com suas próteses é intrinsecamente individual e extremamente subjetiva. Portanto, certo nível de desconforto pode ser aceitável para um paciente e intolerável para outro³⁷.

Uma das vantagens do estudo foi o período de acompanhamento entre 12 e 24 meses após a instalação das próteses. Outro diferencial do presente estudo foram os grupos de comparação, selecionados a partir da necessidade ou não de reabilitação com próteses totais, possibilitando a comparação dos grupos que não foram reabilitados com os grupos que sofreram a reabilitação. Para o conhecimento dos autores, este é o primeiro estudo que fez este tipo de comparação.

Os resultados deste estudo devem ser interpretados com cautela, levando-se em conta o tamanho da amostra e o método de seleção dos idosos do estudo. Ademais, a amostra deste estudo foi composta por indivíduos com diferentes tempos de edentulismo, visto que alguns usavam próteses desadaptadas e outros estavam edêntulos há um longo período de tempo. Tal fato pode ter influenciado o nível de disfunção, desconforto e incapacidade dos participantes, já que fatores relacionados ao período de edentulismo podem acarretar em limitações (reabsorção do rebordo residual), além da própria adaptação do idoso após um longo período desdentado.

Conclusão

O presente estudo concluiu que a instalação de novas próteses dentárias não melhorou a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos idosos. Os autores sugerem que sejam realizados outros estudos de acompanhamento após a instalação das próteses dentárias que avaliem a realização de consultas de manutenção apontado em outros estudos como um fator importante para a melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Referências

1. Veras, R. Population aging today: demands, challenges and innovations. *Rev de Saúde Pública*. 2009; 43(3): 548-554.
2. Millar WJ, Locker D. Edentulism and denture use. *Health Rep*. 2005; 17(1): 55-58.
3. He W, Sengupta M, Velkoff VA, De Barros KA. 65+ in the United States. *Current Population Reports*. U.S. Census Bureau and National Institute on Aging. 2005: 23-209.
4. Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabé E, et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. *J Dent Res*. 2013; 92(7):592-7.
5. Olchik MR, Ayres A, Presotto M, Baltezan RL, Gonçalves AK. O impacto do uso de prótese dentária na qualidade de vida de adultos e idosos. *Revista Kairós Gerontologia*. 2013; 16(5): 107-121.
6. Sánchez GS, Juárez CT, Reyes MH, De La Fuente HJ, Solórzano SF, García PC. State of dentition and its impact on the capacity of elders to perform daily activities. *Salud Pública Mex*. 2007; 49(3): 173-81.
7. Sáez PB, Haya FMC, Sanz GMT. Oral health and quality of life in the municipal senior citizen's social clubs for people over 65 of Valencia, Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2016; 21(6): 672-8.
8. Allen PF, Mcmillan AS. A longitudinal study of quality of life outcomes in older adults requesting implant prostheses and complete removable dentures. *Clin Oral Implants Res*. 2003; 14(2): 173-9.
9. Naito M, Suzukamo Y, Nakayama T, Hamajima N, Fukahara S. Linguistic adaptation and validation of the general oral health assessment index (GOHAI) in an elderly Japanese population. *J Public Health Dent*. 2006; 66(6): 273-5.
10. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Tsakos G, Finch S, Walls AW. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people: a national survey in Great Britain. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001; 29(3): 195-203.
11. Ikebe K, Watkins CA, Ettinger RL, Sajima H, Nokubi T. Application of short-form oral health impact profile on elderly Japanese. *Gerodontologia*. 2004; 21(3):167-76.

12. Ekanayake L, Perera I. Validation of a Sinhalese translation of the Oral Health Impact Profile¹⁴ for use with older adults. *Gerodontology*. 2003; 20(2): 95-9.
13. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health*. 1994; 11(1): 3-11.
14. Jonh MT, Koepsell TD, Hujoel P, Miglioretti DL, Leresche L, Micheelis W. Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004; 32(2): 125-32.
15. Özhayat EB, Gotfredsen K. Effect of treatment with fixed and removable dental prostheses. An oral health-related quality of life study. *J Oral Rehabil*. 2012; 39(1): 28-36.
16. Aarabi G, John MT, Schierz O, Heydecke G, Reissmann DR. The course of prosthodontic patients' oral health-related quality of life over a period of 2 years. *J Dent*. 2015; 43(2): 261-8.
17. Jenei Á, Sándor J, Hegedűs C, et al. Oral health-related quality of life after prosthetic rehabilitation: a longitudinal study with the OHIP questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*. 2015; 13:99.
18. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo Demográfico 2010. <http://www.ibge.gov.br/cidadesat>. Accessed Aug 16, 2017.
- 19 Silva AE, Demarco FF, Feldens CA. Oral health-related quality of life and associated factors in Southern Brazilian elderly. *Gerodontology* 2015, 32(1): 35-45.
- 20 Possebon APDR, Martins APP, Danigno JF, Langlois CO, Silva AER. Sense of coherence and oral health in older adults in Southern Brazil. *Gerodontology* 2017, 34(3): 377-381.
21. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963; 185(12): 914-129.
22. World Health Organization. Calibration of examiners for oral health epidemiological surveys. Geneva: ORH/EPID. 1993.
23. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25:284–290.
24. Klein H, Palmer CE. Dental caries in American Indian children. *Public Health Bull*. 1937; 23 (9): 1-53.
25. Goiato MC, Bannwart LC, Moreno A, Dos Santos DM, Martini AP, Pereira LV. Quality of life and stimulus perception in patients' rehabilitated with complete denture. *J Oral Rehabil*. 2012; 39(6):438-45.
26. Moreira Rda S, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. Oral health of Brazilian elderly: a systematic review of epidemiologic status and dental care access. *Cad Saude Publica*. 2005; 21(6):1665-75.

27. Perea C, Suárez-García MJ, Del Río J, Torres-Lagares D, Montero J, Castillo-Oyagüe R. Oral health-related quality of life in complete denture wearers depending on their socio-demographic background, prosthetic-related factors and clinical condition. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013; 18(3):371-80.
28. Sivakumar I, Sajjan S, Ramaraju AV, Rao B. Changes in Oral Health-Related Quality of Life in Elderly Edentulous Patients after Complete Denture Therapy and Possible Role of their Initial Expectation: A Follow-Up Study. *J Prosthodont*. 2015;24(6):452-6.
29. Viola AP, Takamiya AS, Monteiro DR, Barbosa DB. Oral health-related quality of life and satisfaction before and after treatment with complete dentures in a Dental School in Brazil. *J Prosthodont Res*. 2013;57(1):36-41.
30. Aarabi G, John MT, Schierz O, Heydecke G, Reissmann DR. The course of prosthodontic patients' oral health-related quality of life over a period of 2 years. *J Dent*. 2015;43(2):261-8.
31. Stober T, Danner D, Lehmann F, Séché AC, Rammelsberg P, Hassel AJ. Association between patient satisfaction with complete dentures and oral health-related quality of life: two-year longitudinal assessment. *Clin Oral Investig*. 2012;16(1):313-8.
32. McKenna G, Allen PF, Hayes M, DaMata C, Moore C, Cronin M. Impact of oral rehabilitation on the quality of life of partially dentate elders in a randomised controlled clinical trial: 2 year follow-up. *PLoS One*. 2018;13(10).
33. Veyrone JL, Tubert-Jeannin S, Dutheil C, et al. Impact of new prostheses on the oral health related quality of life of edentulous patients. *Gerodontology* 2005;22:3-9.
34. Shigli K, Hebbal M: Assessment of changes in oral health related quality of life among patients with complete denture before and 1 month post-insertion using Geriatric Oral Health Assessment Index. *Gerodontology* 2010;27:167-173.
35. John MT, Slade GD, Szentpétery A, Setz JM (2004) Oral health related quality of life in patients treated with fixed, removable, and complete dentures 1 month and 6 to 12 months after treatment. *Int J Prosthodont*. 17:503–511.
36. Takamiya AS, Monteiro DR, Marra J, Compagnoni MA, Barbosa DB. Complete denture wearing and fractures among edentulous patients treated in university clinics. *Gerodontology* 2012;29:e728–34.
37. Ellis JS, Pelekis ND, Thomason JM. Conventional rehabilitation of edentulous patients: the impact on oral health-related quality of life and patient satisfaction. *J Prosthodont*. 2007;16(1):37-42.

Tabela 1. Descrição da população idosa dos dois acompanhamentos de saúde bucal (2015 e 2017).

Variáveis	Acompanhamento 2015	Acompanhamento 2017
	N (%)	N (%)
Idade (anos)		
60 até 70	21 (42)	12 (24)
Mais de 70 até 80	19 (38)	23 (46)
Mais de 80	10 (20)	15 (30)
Estado civil		
Sem companheiro	23 (46)	24 (48)
Com companheiro	27 (54)	26 (52)
Cor da pele		
Branca	37 (74)	38 (76)
Preta ou parda	13 (26)	12 (24)
Escolaridade (anos)		
0 – 4	32 (64)	30 (60)
5-8	13 (26)	16 (32)
Mais de 8	5 (10)	4 (8)
Ocupação*		
Aposentado	35 (73)	39 (79,6)
Pensionista	11 (23)	9 (18,4)
Ativo e aposentado	1 (2)	1 (2)
Ativo	1 (2)	-
Renda		
Até 1 Salário mínimo percapta	38 (76)	30 (60)
Mais 1 Salário mínimo percapta	12 (24)	20 (40)
Sintomas depressivos*		
Sem sintomas	38 (79)	37 (75,5)
Com sintomas	10 (20,8)	12 (24,5)
OHIP – 14		
OHIP14=0	1 (2)	12 (24)
OHIP14 >=1	49 (98)	38 (76)
	Media (DP)	Media (DP)
Componente perdido	25,2 (8,3)	25,5 (7,9)
Componente Cariado	1,1 (2,1)	0,6 (1,2)
Componente Restaurado	1,1 (2,9)	1,4 (2,6)
CPOD	27,4 (5,6)	27,5 (5,6)

Brasil, 2018.

* Variáveis com missings

Tabela 2. Comparação do OHIP-14 e das suas dimensões entre os 3 grupos do estudo no acompanhamento de 2015 e de 2017. Brasil. 2018.

Dimensões	Acompanhamento 2015							Acompanhamento 2017						
	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3			GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3		
	Média (DP)	Med	Média (DP)	Med	Média (DP)	Med	Valor p	Média (DP)	Med	Média (DP)	Med	Média (DP)	Med	Valor p
Limitação funcional														
Teve problemas para pronunciar algumas palavras por causa dos seus dentes, boca ou dentaduras	1,51 (1,3)	1	1,7 (1,6)	1,5	0,9 (1,5)	0	0,281	1,7 (1,6)	2	1,8 (1,2)	0	0,6 (1,0)	0	0,037
Sentiu que seu paladar piorou por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras	0 (0)	0	1,0 (1,6)	0	1,1 (1,4)	0,5	0,126	1,0 (1,4)	0	0,6 (1,2)	0	0,4 (0,5)	0	0,488
Dor física														
Teve dor em sua boca	0,2 (0,4)	0	0,3 (0,7)	0	1,5 (1,8)	0,5	0,004	0,2 (0,6)	0	0,1 (0,4)	0	1,2 (1,7)	0	0,003
Sentiu incomodo para comer qualquer alimento por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras	0,9 (1,1)	0,5	1,2 (1,6)	0	1,7 (1,4)	2	0,474	1,5 (1,8)	0,5	0,8 (1,2)	0	1,6 (1,8)	1	0,213
Desconforto psicológico														
Sentiu-se preocupado por causa dos seus dentes, boca ou dentaduras	1,3 (1,5)	1	1,8 (1,6)	2	1,2 (1,6)	0,5	0,485	1,6 (1,7)	1,5	1,4 (1,5)	1	1,1 (1,6)	0,5	0,770
Sentiu-se tenso por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras	0,7 (1,1)	0	1,1 (1,6)	0	1,5 (1,8)	0,5	0,504	1,1 (1,6)	0	0,9 (1,5)	0	1,1 (1,8)	0	0,909
Incapacidade física														
Tem uma dieta insatisfatória por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras	0,3 (0,7)	0	0,4 (0,7)	0	0,6 (1,3)	0	0,715	0,5 (1,0)	0	0,5 (1,1)	0	0,5 (1,0)	0	1,000
Teve que interromper suas refeições por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras	0,1 (0,3)	0	0,4 (0,9)	0	1,2 (1,4)	0,5	0,029	0,6 (1,3)	0	0,2 (0,5)	0	0,8 (1,7)	0	0,223
Incapacidade psicológica														
Sentiu dificuldade para relaxar por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras	0,8 (1,5)	0	0,5 (1,0)	0	0,8 (1,5)	0	0,696	0,9 (1,7)	0	0,4 (0,9)	0	0,5 (1,3)	0	0,510
Se sentiu um pouco embaraçada por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras	1,3 (1,8)	0	1,2 (1,5)	0	0,5 (1,0)	0	0,386	1,6 (1,8)	1	0,9 (1,5)	0	0,4 (1,3)	0	0,219
Incapacidade social														
Ficou um pouco irritado com outras pessoas por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras	0,8 (1,7)	0	0,3 (0,7)	0	0,4 (1,3)	0	0,457	0,6 (1,3)	0	0,4 (0,8)	0	0,4 (0,8)	0	0,827
Teve dificuldade de realizar seus trabalhos usuais por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras	0,3 (0,7)	0	0,4 (1,0)	0	0 (0)	0	0,436	0 (0)	0	0,1 (0,5)	0	0,2 (0,4)	0	0,589
Desvantagem social														
Tem sentido, que a sua vida em geral estava menos satisfatória por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras	0,5 (1,0)	0	0,5 (1,0)	0	0,7 (1,2)	0	0,863	0,3 (0,9)	0	0,8 (1,4)	0	0,7 (1,5)	0	0,596
Tem se sentido, totalmente incapaz por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras	0,2 (0,6)	0	0,3 (0,8)	0	0,3 (0,7)	0	0,931	0,5 (1,1)	0	0,4 (1,7)	0	0,5 (1,3)	0	0,975
TOTAL OHIP-14	8,5 (7,1)	8	11,1(10,2)	7	12,4(10,9)	9	0,660	12,1(14,2)	5,5	8,3 (10,4)	4,5	10(13,9)	2	0,675

*Teste Kruskal Wallis com nível significância de 5%.

Tabela 3. Comparação do OHIP-14 e das suas dimensões dos idosos antes da reabilitação protética (2015) e depois de dois anos de reabilitação protética (2017). Brasil. 2018.

	2015	2017
Dimensão	Antes da reabilitação protética	Após dois anos da reabilitação protética
	Média (DP)	Média (DP)
	(n=20)	(n=20)
		p=0,681
Limitação Funcional	1,5 (2,3)	1,8 (2,2)
		p=0,900
Dor física	2,1 (2,4)	2,2 (2,6)
		p=0,910
Desconforto Psicológico	2,3 (2,4)	2,4 (3,1)
		p=0,864
Incapacidade Física	1,1 (1,4)	1,2 (2,2)
		p=1,000
Incapacidade Psicológica	1,7 (2,6)	1,7 (2,9)
		p= 0,748
Incapacidade Social	0,7 (1,7)	0,6 (1,1)
		p=0,816
Desvantagem Social	0,85 (1,72)	1,0 (2,29)
		p=0,471
Total OHIP	10,45 (2,05)	11,05 (3,07)

* Teste Mann- Whitney com nível significância de 5%

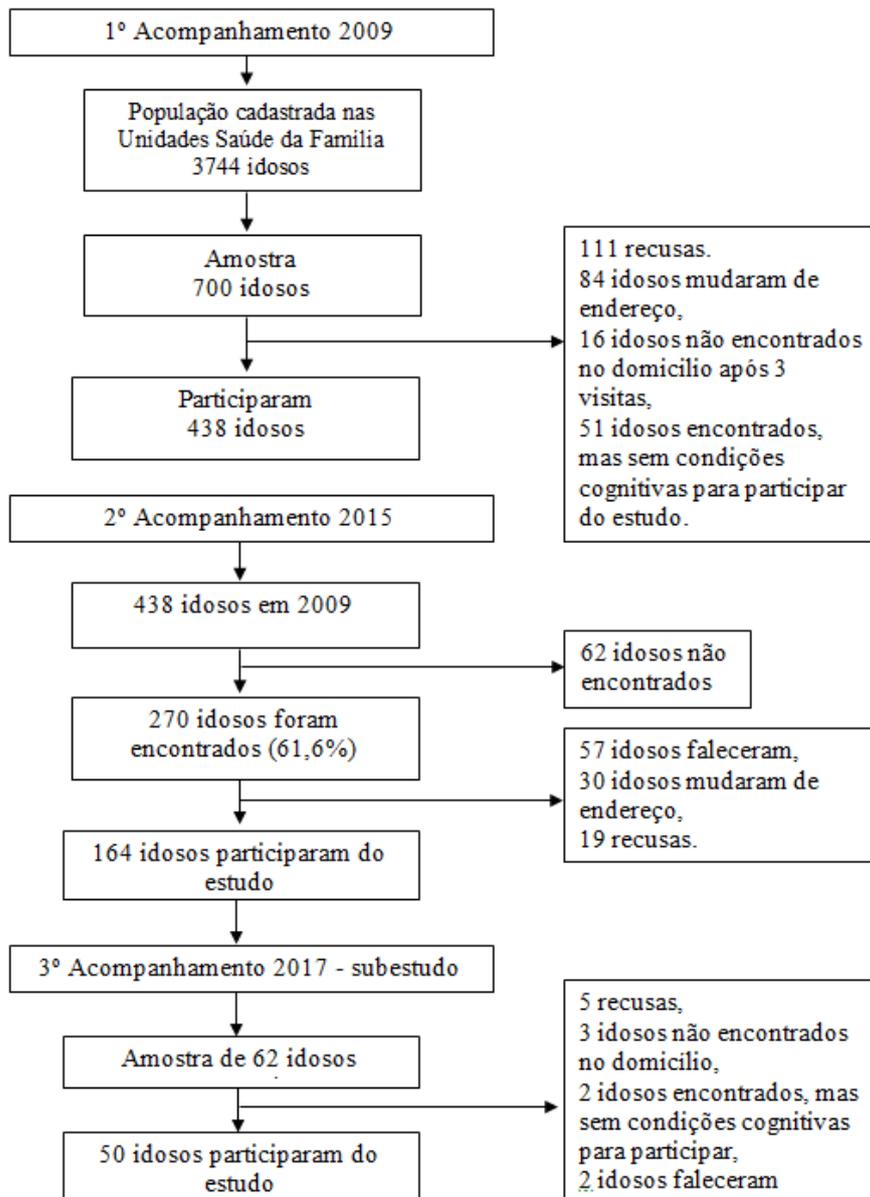


Figura 1. Fluxograma dos acompanhamentos de saúde bucal dos idosos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família de Pelotas. Pelotas – RS. 2019.

6 Considerações finais

O presente estudo observou que não houve melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos idosos após o período de 12 a 24 meses da reabilitação protética.

Há fatores psicológicos e clínicos que influenciam na adaptação do idoso a nova prótese. Tendo em vista esse fato, nem sempre é benéfico ao paciente idoso a reabilitação protética. Muitas vezes a troca, que inicialmente causa desconforto e dor, além da mudança da estética facial, gera a não aceitação do idoso, que já está adaptado a prótese antiga e não enxerga a necessidade de tratamento. Em muitos casos, esse fato leva os idosos a não usar as suas novas próteses. Nesse contexto, é interessante que a adaptação possa ser feita progressivamente. Como exemplo, a utilização de técnicas que adequem funcionalmente a prótese antiga, como rebordo e dimensão vertical de oclusão, de forma gradual até adaptação do idoso. Após esse processo, a prótese antiga seria então clonada. Dessa forma, se reduziria o desconforto sentido pela troca das próteses, aumentando as chances do idoso de aceitar a reabilitação.

Por fim, os autores sugerem que novos estudos de acompanhamento após a instalação das próteses dentárias devem ser realizados, avaliando a realização de consultas de manutenção em virtude da sua importância na melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

7 Referências

AARABI, G.; JOHN, M.T.; SCHIERZ, O.; HEYDECKE, G.; REISSMANN, D.R.; The course of prosthodontic patients' oral health-related quality of life over a period of 2 years, **J Dent.** v. 43, n. 2, p. 261-8, 2015.

ALLEN, P.F.; MCMILLAN, A.S.; A longitudinal study of quality of life outcomes in older adults requesting implant prostheses and complete removable dentures. **Clin Oral Implants Res**, v. 14, p. 173-9, 2003.

ALMEIDA, A.A.; LOUREIRO, C.A.; ARAÚJO, V.E.; 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 lingüística. **UFES Rev Odontol**, v. 6, p. 615, 2004.

ALMEIDA, O.P; ALMEIDA, S.A.; Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq Neuropsiquiatr**, v.57(2B), p.421-426,1999.

ANDERSON, K.L.; BURCKHARDT C.S.; Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. **J Adv Nurs.**, v. 29, p. 296-306, 1999.

COLUSSI, C.S.; FREITAS, S.F.T.; Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 18, p. 1313-20, 2002.

CASTREJÓN, P.R.C.; BORGES Y.S.A.; IRIGOYEN C.M.E.; Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 27, p. 321-329, 2010.

ELLIS, J.S.; PELEKIS, N.D.; THOMASON, J.M.; Conventional rehabilitation of edentulous patients: the impact on oral health-related quality of life and patient satisfaction. **J Prosthodont**, v. 16, n. 1, p. 37-42, 2007.

EKANAYAKE, L.; PERERA, I.; Validation of a Sinhalese translation of the Oral Health Impact Profile¹⁴ for use with older adults. **Spec Care Dentist**, v. 25, p. 199-205, 2005.

FAJARDO, R.S.; SUNDEFELD, M.L.M.M.; CAÇÃO, F.M.; NEPOMUCENO, G.C.; AMARAL, T.C.; GOIATO, M.C.; MARFINATI, S.M.A.P.; Análise das condições funcionais e psicológicas em pacientes edêntulos portadores de próteses totais. **Arquivos em Odontologia**, v. 38, n. 2, p. 87-94, 2002.

FARQUHAR, M.; Definitions of quality of life: a taxonomy. **J Adv Nurs**, v. 22, p. 502-8, 1995.

FERNANDES, M.J.; RUTA, D.A.; OGDEN, G.R.; PITTS, N.B.; OGSTON, S.A.; Assessing oral healthrelated quality of life in general dental practice in Scotland: validation of the OHIP-14. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 34, p. 53-62, 2006.

FLECK, M.P.A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C.M.; WHOQOLOLD Project method and focus group results in Brazil. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 793-9, 2003.

FORGIE, A.H.; SCOTT, B.J.; DAVIS, D.M.; A study to compare the oral health impact profile and satisfaction before and after having replacement complete dentures in England and Scotland. **Gerodontology**, v. 22, p. 137-42, 2005.

GOIATO, M.C.; BANNWART, L.C.; MORENO, A.; DOS SANTOS, D.M.; MARTINI, A.P.; PEREIRA, L.V.; Quality of life and stimulus perception in patients' rehabilitated with complete denture. **J Oral Rehabil**, v. 39, n. 6, p. 438-45, 2012.

HE, W.; SENGUPTA, M.; VELKOFF, V.A.; DE BARROS, K.A.; 65+ in the United States. **Current Population Reports**. U.S. Census Bureau and National Institute on Aging, p. 23-209, 2005.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2017. Censo Demográfico 2010. <http://www.ibge.gov.br/cidadesat> (acessado em 16/Ago/2017).

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Brasil: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI**. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Geografia, 2016. 435p.

IKEBE, K.; WATKINS, C.A.; ETTINGER, R.L.; SAJIMA, H.; NOKUBI, T., Application of short-form oral health impact profile on elderly Japanese. **Gerodontology**, v. 21, p. 167-76, 2004.

INOUE, M.; JOHN, M.T.; TSUKASAKI, H.; FURUYAMA, C.; BABA, K.; Denture quality has a minimal effect on health-related quality of life in patients with removable dentures. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 38, p. 818–826, 2011.

INUKAI, M.; BABA, K.; JOHN, M.T.; IGARASHI, Y.; Does removable partial denture quality affect individuals' oral health? **J Dent Res.**, v. 87, n.8, p. 736-9, 2008.

JENEI, Á. et al. Oral health-related quality of life after prosthetic rehabilitation: a longitudinal study with the OHIP questionnaire. **Health Qual Life Outcomes**. v. 13, p. 99, 2015.

JONH, M.T.; KOEPESELL, T.D.; HUJOEL, P.; MIGLIORETTI, D.L.; LERESCHE, L.; MICHEELIS, W.; Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 32, p. 125-32, 2004.

KANDELMAN, D.; PETERSEN, P.E.; UEDA, H.; Oral health, general health, and quality of life in older people. **Spec Care Dentist**, v. 28, p. 224-36, 2008.

KATZ, S.; FORD, A.B.; MOSKOWITZ, R.W.; JACKSON, B.A.; JAFFE, M.W.; Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v. 185, n. 12, p. 914-129, 1963.

KLEIN, H.; PALMER, C.E.; Dental caries in American Indian children. **Public Health Bull**, v. 23, n. 9, p. 1-53, 1937.

KRESSIN, N.R.; REISINE, S.; SPIRO III, A.; JONES, J.A.; Is negative affectivity associated with oral quality of life? **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 29, p. 412-423, 2001.

KUO, H.C.; KUO, Y.S.; LEE, I.C.; WANG, J.C.; YANG, Y.H.; The association of responsiveness in oral and general health-related quality of life with patients' satisfaction of new complete dentures. **Qual Life Res**, v. 22, n. 7, p. 1665-74, 2013.

LEE, I.C.; YANG, Y.H.; HO, P.S.; LEE, I.C.; Exploring the quality of life after denture-wearing within elders in Kaohsiung. **Gerodontology**, v. 29, p. 1067-1077, 2012.

LOCKER, D.; ALLEN, F.; What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 35, p. 401-411, 2007.

LUTZ, W.; SANDERSON, W.; SCHERBOV, S.; The coming acceleration of global population ageing. **Nature**, v. 451, p. 716-9, 2008.

MARCENES, W. et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. **J Dent Res**, v. 92, n. 7, p. 592-7, 2013.

MCKENNA, G.; ALLEN, P.F.; HAYES, M.; DAMATA, C.; MOORE, C.; CRONIN, M.; Impact of oral rehabilitation on the quality of life of partially dentate elders in a randomised controlled clinical trial: 2 year follow-up. **PLoS One**, v. 13, n. 10, 2018.

MILLAR, W.J.; LOCKER, D.; Edentulism and denture use. **Health Rep.**, v. 17, p. 55-58, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde. http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf. (acessado em 28/jul/2017).

MONTERO, J.; BRAVO, M.; ALBALADEJO, A.; Validation of two complementary oral-health related quality of life indicators (OIDP and OSS 0-10) in two qualitatively distinct samples of the Spanish population. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 6, p. 101, 2008.

MONTERO, M.J.; BRAVO, P.M.; ALBALADEJO, M.A.; HERNÁNDEZ, M.L.A.; ROSEL, G.E.M.; Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 14, p. 44-50, 2009.

MOREIRA, R.S.; NICO, L.S.; TOMITA, N.E.; RUIZ, T.; A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad Saúde Pública**, v. 21, p. 1665-75, 2005.

MOREIRA, R.S.; NICO, L.S.; SOUSA, M.L.R.; Fatores associados à necessidade subjetiva de tratamento odontológico em idosos brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2661-2671, 2009.

NAITO, M.; SUZUKAMO, Y.; NAKAYAMA, T.; HAMAJIMA, N.; FUKAHARA, S.; Linguistic adaptation and validation of the general oral health assessment index (GOHAI) in an elderly Japanese population. **J Public Health Dent**, v. 66, p. 273-5, 2006.

NARVAI, P.C.; ANTUNES, J.F.L.; Saúde bucal: a autopercepção da mutilação e das incapacidades. In: LEBRÃO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda A. de Oliveira (Org.). **SABE - Saúde, Bem Estar e Envelhecimentos - o projeto SABE no**

município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p.121-137.

OLCHIK, M.R.; AYRES, A.; PRESOTTO, M.; BALTEZAN, RL.; GONÇALVES, A.K.; O impacto do uso de prótese dentária na qualidade de vida de adultos e idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, v.16, n.5, p. 107-121, 2013.

OLIVEIRA, B.H.; NADANOVSKY, P.; Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile- short form. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 33, n. 4, p. 307-14, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The world health report.** Geneva, 2001.

ÖZHAYAT, E.B.O.; OTFREDSEN, K.; Effect of treatment with fixed and removable dental prostheses. An oral health-related quality of life study. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 39, p. 28–36, 2012.

PELOTAS. Prefeitura Municipal de Pelotas, 2017. <http://www.pelotas.com.br/cidade/história> (acessado em 16/Ago/2017).

PELOTAS. Prefeitura Municipal de Pelotas, 2017. http://www.pelotas.com.br/cidade/dados_gerais (acessado em 16/Ago/2017).

PELOTAS. Prefeitura Municipal de Pelotas. Diretrizes da Saúde Bucal de Pelotas, 2018. http://_server.pelotas.com.br/saude/saude-bucal/Diretrizes-Saude-Bucal-de-Pelotas.pdf (acessado em 21/Nov/2018).

PEREA, C.; SUÁREZ, M.J.G.; DEL RÍO, J.; TORRES, D.L.; MONTERO, J.; CASTILLO, R.O.; Oral health-related quality of life in complete denture wearers depending on their socio-demographic background, prosthetic-related factors and clinical condition. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 18, n. 3, p. 371-80, 2013.

PERRINE, K.R.; A new quality of life inventory for epilepsy patients: interim results. **Epilepsia**, v. 34, n. 4, p. 28-33, 1993.

PETROPOULOS, V.C.; RASHEDI, B.; Removable partial denture education in U.S. dental schools. **J Prosthodont**, v. 15, p. 62–68, 2006.

PIRES, C.P.A.B.; FERRAZ, M.B.; ABREU, M.H.N.G.; Tradução para a língua portuguesa, adaptação cultural e validação do “oral health impact profile” (ohip-49). **Braz Oral Res**, v. 20, p. 263-268, 2006.

POSSEBON, A.P.D.R.; MARTINS, A.P.P.; DANIGNO, J.F.; LANGLOIS, C.O.; SILVA, A.E.R.; Sense of coherence and oral health in older adults in Southern Brazil. **Gerodontology**, v. 34, n. 4, p. 377-381, 2017.

REIS, S.C.G.B.; MARCELO, V.C.; Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 11, p. 191-9, 2006.

ROWE, J.W.; KAHN, R.L.; **Successful aging**. New York: Pantheon Books, 1998.

SÁEZ, P.B.; HAYA, F.M.C.; SANZ, G.M.T.; Oral health and quality of life in the municipal senior citizen’s social clubs for people over 65 of Valencia, Spain. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 21, n. 6, p.672-8, 2016.

SÁNCHEZ, G.S.; JUÁREZ, C.T.; REYES, M.H.; DE LA FUENTE, H.J.; SOLÓRZANO, S.F.; GARCÍA, P.C.; State of dentition and its impact on the capacity of elders to perform daily activities. **Salud Pública Mex.**, v. 49, p. 173-81, 2007.

SHEIHAM, A.; STEELE, J.G.; MARCENES, W.; TSAKOS, G.; FINCH, S.; WALLS, A.W.; Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people: a national survey in Great Britain. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 29, p. 195-203, 2001.

2001

SLADE, G.D.; SPENCER, A.J.; Development and evaluation of the oral health impact profile. **Community Dent Health**, v. 11, p. 3-11, 1994.

SCOTT, B.J.; FORGIE, A.H.; DAVIS, D.M.; A study to compare the oral health impact profile and satisfaction before and after having replacement complete dentures constructed by either the copy or the conventional technique. **Gerodontology**, v. 23, p. 79-86, 2006.

SOUZA, R.F.; LELES, C.R.; GUYATT, G.H.; PONTES, C;B.; DELLA VECCHIA, M.P.; NEVES, F.D.; Exploratory factor analysis of the Brazilian OHIP for edentulous subjects. **J Oral Rehabil**, v. 37, p. 202-8, 2010.

SOUSA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D.; Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 364-71, 2003.

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

SLADE, G.D.; Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 25, p. 284-290, 1997.

SZENTPÉTERY, A.; SZABO, G.; MARADA, G.; SZÁNTÓ, I.; JOHN, M.T.; The Hungarian version of the Oral Health Impact Profile. **Eur J Oral Sci**, v. 114, p. 197-203, 2006.

STOBER, T.; DANNER, D.; LEHMANN, F.; SÉCHÉ, A.C.; RAMMELSBERG, P.; HASSEL, A.J.; Association between patient satisfaction with complete dentures and oral health-related quality of life: two-year longitudinal assessment. **Clin Oral Invest**, v. 16, p. 313-318, 2012.

SILVA, A.E.; DEMARCO, F.F.; FELDENS, C.A.; Oral health-related quality of life and associated factors in Southern Brazilian elderly. **Gerodontology**, v. 32, n. 1, p. 35-45, 2015.

SIVAKUMAR, I.; SAJJAN, S.; RAMARAJU, A.V.; RAO, B.; Changes in Oral Health-Related Quality of Life in Elderly Edentulous Patients after Complete Denture Therapy and Possible Role of their Initial Expectation: A Follow-Up Study. **J Prosthodont**, v. 24, n. 6, p. 452-6, 2015.

SHIGLI, K.; HEBBAL, M.; Assessment of changes in oral health related quality of life among patients with complete denture before and 1 month post-insertion using Geriatric Oral Health Assessment Index. **Gerodontology**, v. 27, p. 167-173, 2010.

TAKAMIYA, A.S.; MONTEIRO, D.R.; MARRA, J.; COMPAGNONI, M.A.; BARBOSA, D.B.; Complete denture wearing and fractures among edentulous patients treated in university clinics. **Gerodontology**, v. 29, p. 728–34, 2012.

UNFER, B.; BRAUN, K.; SILVA, C.P.; PEREIRA, F.L.D.; Autopercepção da perda de dentes em idosos. **Interface Comun Saúde Educ**, v. 10, p. 217-26, 2006.

VERAS, R.; Population aging today: demands, challenges and innovations. **Rev de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VEYRUNE, J.L., et al. Impact of new prostheses on the oral health related quality of life of edentulous patients. **Gerodontology**, v. 22, p. 3-9, 2005.

VIOLA, A.P.; TAKAMIYA, A.S.; MONTEIRO, D.R.; BARBOSA, D.B.; Oral health-related quality of life and satisfaction before and after treatment with complete dentures in a Dental School in Brazil. **Journal of Prosthodontic Research**, v. 57, p. 36-41, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Calibration of examiners for oral health epidemiological surveys. Geneva: ORH/EPID; 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v.41, n. 10, p. 403-409, 1995.

WOLF, S.M.R.; O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 52, p. 307-16, 1998.

WONG, M.C.M.; LO, E.C.M.; MCMILLAN, A.S.; Validation of a Chinese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP). **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 30, p.423-430, 2002.

WONG, M.C.M.; LO, E.C.M.; MCMILLAN, A.S.; Validation of a Chinese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP). **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 30, p. 423-430, 2002.

Apêndices

APÊNDICE A - Estudos identificados na Literatura

Autor (s)	Ano	Local do estudo	Idade do grupo	Amostra	Tipo de estudo	Definição da exposição	Definição dos resultados (Saúde bucal)	Resultados
<i>Indumathi Sivakumar</i>	2015	Índia	(55-81)	56	Avaliação longitudinal	Gênero	A OHRQoL foi avaliado usando o instrumento psicométrico OHIP-EDENT. A avaliação foi feita em três momentos, incluindo o pré-tratamento, após 1 mês e após 6 meses. Diferenças significativas nos escores de OHIP-EDENT entre o pré-tratamento após 1 mês e o pré-tratamento para após 6 meses foram calculados utilizando o teste Wilcoxon Signed Rank ($p < 0,05$).	Foi observado diferença estatisticamente significativa em OHRQoL após o tratamento com próteses totais nos dois meses pós-inserção. A diferença estatisticamente significativa nos escores médios entre os sexos foi observada após 6 meses. Não houve diferença estatisticamente significativa nos níveis de disfunção, desconforto e incapacidade associada a problemas orais entre grupo de expectativa moderada e alta em relação ao tratamento

Carmen Perea	2013	Madrid, Espanha	50-90	51	Transversal	Contexto socio-demográfico (idade, sexo, estado civil, nível educacional), fatores relacionados a prótese (data de instalação da prótese, localização e tipo de tratamento protético) e estado de saúde bucal (tempo de edentulismo, mobilidade da mucosa mastigatória, tipo de nervo alveolar, presença de estomatite protética, sensação de boca seca e necessidade de tratamento).	Todos os participantes responderam ao questionário do Perfil de Impacto de Saúde Bucal (OHIP-14). Foi utilizado o método de pontuação aditiva. A prevalência de impactos foi calculada considerando os indivíduos com escore do OHIP-14 ≥ 2 .	As dimensões mais afetadas foram "limitação funcional" e "dor física", seguidos de "deficiência física". Foram registrados impactos menores nas subescalas psicológicas e sociais ("desconforto psicológico", "deficiência psicológica", "deficiência social" e "desvantagem"). A localização da prótese influenciou significativamente a satisfação geral do paciente, sendo as dentaduras inferiores menos confortáveis. Ter uma dentadura removível completa no antagonista prejudicou significativamente a satisfação do paciente. Pacientes sem estomatite protética e aqueles que precisavam reparar ou alterar suas próteses, registraram pontuações totais significativamente maiores do OHIP-14.
--------------	------	-----------------	-------	----	-------------	---	--	---

<i>I-Chen Lee</i>	2012	Tailândia	+65	1600	Transversal	<p>Condição de saúde oral, consulta odontológica regular, receber tratamento odontológico na mesma clínica, frequência de ingestão de alimentos, mastigação de noz de betel, idade, gênero, nível educacional, estado civil, nível de atividade social semanal, condição econômica, visitas médicas por mês, experiência de hospitalização nos últimos 6 meses, atividades instrumentais da vida diária (IADL), hipertensão, artrite ou reumatismo, doença cardiovascular diabetes, visão (enxergar), satisfação com a vida e funções físicas.</p>	<p>O questionário OHIP 49 foi a ferramenta de avaliação para medir a qualidade de vida da saúde bucal, com 49 perguntas e sete dimensões a serem medidas. As pontuações das sete dimensões foram calculadas e combinadas em uma pontuação total. A maior pontuação indicou que a condição de saúde bucal dos candidatos teve um impacto maior (mais significativo) em sua vida.</p> <p>Os participantes do estudo foram divididos em três grupos após a instalação das próteses: indivíduos edêntulos satisfeitos com o uso da prótese, indivíduos edêntulos não satisfeitos com o uso da prótese e indivíduos dentados.</p>	<p>O resultado mostra que oito variáveis; condição de saúde oral (indivíduos edêntulos satisfeitos com o uso da prótese, indivíduos edêntulos não satisfeitos com o uso da prótese e indivíduos dentados), frequência de ingestão de alimentos, idade, frequência na participação em atividades sociais, atividades instrumentais da vida diária (IADL), visão, satisfação com a vida e funções físicas, tem influência significativa no score total do OHIP. Por exemplo, em comparação com os dentados, os edêntulos que estão satisfeitos com sua dentadura apresentaram score total do OHIP menor. Isso mostra que a vida diária (IADL) dos edêntulos que estão satisfeitos com sua dentadura não é afetada por problemas de saúde bucal. A qualidade de vida relacionada à saúde bucal é melhor do que nos indivíduos dentados.</p>
-------------------	------	-----------	-----	------	-------------	--	--	--

David Harris	2013	Irlanda	64	122	Prospectivo Ensaio clínico controlado randomizado	Idade e gênero	Avaliação da satisfação dentária e qualidade de vida foi realizada utilizando o Oral Health Impact Profile-49 (OHIP- 49) e o Denture Satisfaction Questionnaire.	Melhorias significativas na satisfação e qualidade de vida foram encontradas nos pacientes 3 meses após receber próteses totais convencionais ($p < 0,05$). Nenhuma melhoria adicional foi encontrada no grupo CC (grupo que continuou utilizando próteses convencionais) aos 6 meses em qualquer uma das medidas. O grupo CI (grupo que recebeu próteses retidas por implante) apresentou melhorias adicionais significativas aos 3 meses após os IOD (próteses retidas por implante) sem limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, deficiência física, deficiência social, incapacidade psicológica e escalas de desvantagem do OHIP e em 10 das 11 escalas do Questionário de Satisfação de Dentadura ($P < 0,05$, ANOVA).
--------------	------	---------	----	-----	---	-------------------	---	---

MC Goiato	2012	Aracatuba, SP, Brasil	71	60	coorte	Idade, gênero, estado civil, renda familiar, satisfação com as próteses antigas.	Antes da instalação de novas próteses, os pacientes responderam ao questionário OHIP-EDENT, e no dia da instalação, eles responderam ao questionário PERCEPTION.	A maioria dos itens do OHIP-EDENT mostrou um impacto altamente significativo das novas próteses na saúde bucal ($P \leq 0.003$). Os dados do questionário PERCEPTION indicaram que os pacientes apresentaram melhorias significativas ($P < 0.05$) em termos de sensações com as novas próteses. Foi utilizado a análise Cross-lagged que não mostrou qualquer causalidade entre os questionários OHIP-EDENT e PERCEPTION.
-----------	------	-----------------------	----	----	--------	--	--	--

<p>Janice Elis</p>	<p>S.</p>	<p>2007</p>	<p>Reino Unido</p>	<p>55-85</p>	<p>40</p>	<p>Avaliação longitudinal</p>	<p>Idade, gênero</p>	<p>Os pacientes classificaram a satisfação com suas próteses através da escala análoga visual de 100 mm (VAS) para o tratamento e 1 mês depois da entrega de suas novas próteses. A qualidade de vida relacionada com a saúde foi determinada através do Oral Health-Related Impacts on Quality of Life questionnaire (OHIP-20) nos mesmos pontos de tempo.</p>	<p>Ambos os grupos de pacientes tiveram satisfação semelhante e índices do OHIP no início do estudo e 1 mês após a entrega de suas novas próteses. Os dois grupos foram comparáveis em relação à idade e ao gênero. Melhoria estatisticamente significativa nos aspectos do OHIP em limitação funcional e deficiência física e psicológica foi observada em ambos os grupos. O grupo da técnica convencional também apresentou melhora significativa em relação à dificuldades, ao passo que o grupo da prótese duplicada apresentou melhora significativa nos índices de dor e desconforto psicológico dos pacientes. A satisfação do paciente melhorou significativamente em ambos os grupos em todas as variáveis, exceto a facilidade de limpeza e capacidade de falar. A técnica de duplicação resultou em pacientes menos satisfeitos com a estética de suas novas próteses.</p>
------------------------	-----------	-------------	--------------------	--------------	-----------	-------------------------------	----------------------	---	--

<i>Mike T. Jonh</i>	2007	Alemanha	52-91	50	Transversal	Tempo desde o primeiro tratamento com cirurgião-dentista (CDs), (2) Número de CDs anteriores, (3) Idade do presente CDs e (4) Idade em que foram fornecidos os primeiros CDs	O OHRQoL foi medido usando a versão alemã do Perfil de Impacto de Saúde Bucal (OHIP-49G). O resultado do estudo foi a soma das respostas dos itens OHIP-G (OHIP-G49; intervalo, 0 a 196) que caracterizou a OHRQoL.	A idade dos CDs atuais, o tempo desde o primeiro CD, o número de CDs anteriores e a idade em que os CDs foram fornecidos pela primeira vez não influenciaram significativamente a OHRQoL.
---------------------	------	----------	-------	----	-------------	---	---	---

Thomas Stober	2012	Alemanha	66.3	52	Estudo prospectivo	Gênero	OHRQoL foi medido pelo uso do OHIP-EDENT. A satisfação do paciente com auto-avaliação foi avaliada em uma escala de 0 a 10.	OHRQoL melhorou de 22,9 (SD, 20,7) para 12,1 (SD, 14,5) para o grupo CD-Both (indivíduos com prótese tanto na maxila quanto na mandíbula) e de 20,3 (SD, 17,2) para 14,7 (SD, 15,1) para DC-Max (prótese apenas na maxila). Análise multinível mostrou que a satisfação do paciente e OHRQoL estavam significativamente associados ($p < 0.0001$) para ambos os grupos. As diferenças entre os grupos foram encontradas em relação ao efeito do tempo após a inserção e da interação entre o tempo e a satisfação com OHRQoL, que foram significativos apenas para o grupo CD-Both; no entanto, nenhuma evidência foi encontrada para a causalidade dessa associação.
------------------	------	----------	------	----	-----------------------	--------	---	---

<i>Ágnes Jenei</i>	2015	Hungria	55.7	389	Estudo longitudinal	Idade, gênero, tipo de prótese e indicadores de saúde bucal (cárie e periodontal)	A versão húngara do questionário OHIP-49 (OHIP-49-H) foi realizada antes da reabilitação oral, após 1 mês e após 6-12 meses.	O estudo demonstrou a excelente confiabilidade e consistência interna do OHIP-49-H pela variação alta e estreita do valor alfa de Cronbach (0.81-0.93). O decréscimo da média total do OHIP-49-H para 1 mês (24; IQR = 9-51; $p < 0,001$) e 6-12 meses (20; IQR = 7-37; $p = 0,055$) após a terapia indicou uma melhora da OHRQoL. A idade dos pacientes e o valor do Community Periodontal Index (CPI) avaliados antes do tratamento revelaram-se fatores significativos da OHRQoL.
--------------------	------	---------	------	-----	---------------------	---	--	--

APÊNDICE B – Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A mestranda-pesquisadora Mayara Moraes da Faculdade de Odontologia da UFPel, sob supervisão do Professor Alexandre Emidio Ribeiro Silva está realizando uma pesquisa que tem por objetivo verificar se existe melhora na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de idosos depois da instalação de novas próteses dentárias. Serão realizados exames e entrevistas nas unidades de saúde ou domicílio do idoso. Os exames odontológicos têm o propósito de avaliar a cárie dentária e o uso e a necessidade de prótese dentária. Os riscos dos exames odontológicos são mínimos. Talvez seja necessário fazer algumas fotografias da boca, assim como do local onde serão realizados os exames e entrevistas. Estas fotos ficarão guardadas com os pesquisadores do estudo e serão vistas apenas por profissionais que estiverem estudando o assunto. Caso estas fotos sejam utilizadas para ilustração do trabalho, ou enviadas para publicação, não revelarão a sua identidade.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____,

declaro que entendi a pesquisa e fui informado sobre os procedimentos. Todas minhas dúvidas foram respondidas e, se eu precisar poderei solicitar esclarecimentos de outras dúvidas que possam surgir durante a pesquisa pelos telefones 3225-6741 ramal 125 (falar com Prof. Alexandre Emidio Ribeiro Silva). Tenho plena liberdade de dizer se quero ou não participar. Posso desistir a qualquer momento caso não queira mais fazer parte da pesquisa. Declaro também que a minha participação é voluntária e sem custos, que todas minhas informações e fotos são confidenciais e que meu nome não aparecerá em nenhum momento. Estas informações me foram prestadas pela pesquisadora do trabalho e recebi uma via do consentimento. Desta forma, estou autorizando o mesmo à realização de entrevistas e dos exames odontológicos.

Pelotas, _____ de _____ de _____

Assinatura do paciente/responsável _____

Número do documento de identidade: _____

Assinatura do pesquisador: _____

APÊNDICE C – Instruções para o Preenchimento do Instrumento de Coleta do Estudo

Instruções para o preenchimento do instrumento de coleta do estudo

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO QUESTIONÁRIO

GERAIS

1. AO SE APRESENTAR AO PESQUISADO DEVE SER EXPLICADO OS OBJETIVOS DO TRABALHO E A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO.

2. SEJA SEMPRE PACIENTE COM O ENTREVISTADO (IDOSO) E REPITA TANTAS VEZES AS PERGUNTAS QUANTO FOR NECESSÁRIO.

3. TODO QUESTIONÁRIO DEVE SER PREENCHIDO A **LÁPIS**.

4. AS PERGUNTAS **DEVERÃO SER FEITAS DA FORMA COMO ESTÃO COLOCADAS NO QUESTIONÁRIO**. EM **NENHUM MOMENTO** DEVE SER **DADAS INFORMAÇÕES AOS ENTREVISTADOS QUE INTERFIRAM** NA RESPOSTA DOS PARTICIPANTES.

5. **SOMENTE O ENTREVISTADO PODERÁ RESPONDER O QUESTIONÁRIO, EM NENHUMA HIPÓTESE PODERÁ SER PREENCHIDO POR OUTRA PESSOA.**

6. **TODAS AS PERGUNTAS, EXCEÇÃO AQUELAS QUE TENHAM ORIENTAÇÃO ESPECÍFICA, SOMENTE EXISTE UMA ALTERNATIVA PARA O PREENCHIMENTO.**

7. **AO FINAL VERIFICAR SE TODAS AS PERGUNTAS FORAM PREENCHIDAS DURANTE A REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA.**

ESPECÍFICAS

1. PREENCHER CORRETAMENTE O NOME DO ENTREVISTADO, ENDEREÇO E DATA DE NASCIMENTO.
2. NÃO ESQUECER DE SOLICITAR O **TELEFONE** DO PESQUISADO. CASO NÃO TENHA UM TELEFONE, ANOTAR UM TELEFONE DE UM VIZINHO OU PARENTE.
3. EM RELAÇÃO À **PERGUNTA GRAU DE INSTRUÇÃO** DEVERÁ SER PERGUNTADO ATÉ QUE ANO O ENTREVISTADO ESTUDOU E CONVERTER EM ANOS DE ESTUDO. **POR EXEMPLO, ESTUDOU ATÉ A 4A SÉRIE, PORTANTO DEVE SER PREENCHIDO 4 ANOS DE ESTUDO.** CASO O ENTREVISTADO TENHA ESTUDADO ATÉ O **TERCEIRO ANO DO SEGUNDO GRAU**, O PREENCHIMENTO SERÁ DE **11 ANOS DE ESTUDO**
4. AS PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA ESTÃO DIVIDAS EM CAMINHADAS DO DIA A DIA, MODERADA E VIGOROSA. O TEMPO QUE DEVE SER ANOTADO PARA ATIVIDADE FÍSICA REFERE-SE AO DIA.
5. NAS **PERGUNTAS 11 E 16 SOBRE O USO DE TABACO E ÁLCOOL DEVE-SE CUIDAR A RESPOSTA DADA PELO ENTREVISTADO**, POIS AS OUTRAS RESPOSTAS DESTE ITEM DEPENDEM DELA.
6. NA **PERGUNTA 26**, CASO ELE USE **MEDICAMENTOS PARA O CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS**, VOCÊ DEVERÁ PEDIR A **CAIXA DE MEDICAMENTOS** E **ANOTAR** OS NOMES COMERCIAIS DE **TODOS OS MEDICAMENTOS**.
7. NA **PERGUNTA 27** NÃO ESQUECER QUE A RESPOSTA DO ENTREVISTADO DEVE SER EM MESES E CASO SEJA DIFÍCIL RECORDAR TENTAR CONVERSAR FATOS DA VIDA QUE TENHAM ACONTECIDO QUE TENHAM LEVADO ELE IR AO DENTISTA.
8. NA **PERGUNTA 29**, OS SERVIÇOS COMO SINDICATOS CONSIDERAR COMO PARTICULAR. SOMENTE SERÁ CONSIDERADO PÚBLICO QUANDO O

ENTREVISTADO FREQUENTOU UNIDADES DE SAÚDE.

9. NAS **PERGUNTAS 31 E 74** DEVE SER PERGUNTADO AO ENTREVISTADO COMO ELE PERCEBE A SAÚDE GERAL OU BUCAL, RESPECTIVAMENTE EM RELAÇÃO AS PESSOAS DA SUA IDADE.

10. NAS **PERGUNTAS 60 A 74** DEVERÃO SER SEMPRE SER LIDAS TODAS AS ALTERNATIVAS. LEMBRAR QUE O PERÍODO RECORDADO DAS PERGUNTAS (SEIS MESES).

11. NA **PERGUNTA 90** – MOSTRAR AS CARINHAS QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO.

12. NAS **PERGUNTAS DE 91 A 119** MOSTRAR SEMPRE A ESCALA.

OBSERVAÇÃO: QUALQUER DÚVIDA DURANTE A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS ENTRAR EM CONTATO COM O PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO TELEFONE (53) 981113541.

Anexos

ANEXO A – Questionário padronizado do estudo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

PROJETO MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO VIVENDO EM COMUNIDADE

QUESTIONÁRIO

Número de identificação: _____ Data: _____ Unidade Saúde da Família: _____ Nome do entrevistado: _____ Endereço: _____ Telefone para contato : _____	
	Código
BLOCO SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO	
1. Sexo (0) Feminino Masculino (1)	csexo ____
2. Idade: _____ (em anos completos)	cidade ____
3. Estado Civil: (0) Solteiro (1) Casado ou morando junto (2) Divorciado (3) Viúvo	cestadocivil ____
4. Raça (0) Branca (1) preta (2) amarela (3) parda (4) indígena (5) sem declaração	craca ____
5. Grau de Instrução: _____ (anos completos de estudo)	cinstrucao ____
6. Renda Familiar: _____ (somatória da renda em reais)	crendafam ____
7. Quantos contribuem para a renda? _____ (pessoas)	cquantosrend ____
8- Ocupação: (0) Aposentado (1) Pensionista (2) Ativo (3) Ativo e Aposentado (4) Ativo e Pensionista	cocupacao ____
9. O Sr(a) participa de algum centro de convivência? (0) Sim (1) Não	ccentroconviv ____
BLOCO SAÚDE GERAL	
ALIMENTAÇÃO	
10. A escolha dos alimentos para sua refeição é feita pela sua condição de saúde bucal? (0) Sim (1) Não (2) às vezes	cgeral17 ____
11. O Sr(a) faz uso do tabaco (cigarro)? (0) Sim (1) Não (2) Já fez (Se sim , pule para 14 e 15) (Se não, pule para 16) (Se já fez, pule para 12 e 13)	cgeral18 ____
12. Se já fez uso , há quantos anos (completos) parou? _____	cgeral19 ____
13. Se já fez uso , quantos cigarros fumava por dia? _____	cgeral20 ____
14. Se sim , há quantos anos (completos) é fumante? _____	cgeral21 ____
15. Se sim , quantos cigarros fuma por dia? _____	cgeral22 ____
16. O Sr (a) faz uso de bebida que contém álcool? (0) Sim (1) Não (2) Já fez (Se sim , pule para 17 e 18) (Se não ou já fez pule para 19)	cgeral23 ____
17. Se sim , que tipo de bebida que contém álcool o Sr (a) ingere? (0) Cerveja (1) Vinho (2) Cachaça (3) Outro	cgeral24 ____
18. Se sim , quantas doses por semana na última semana? _____	cgeral25 ____
19. O Sr (a) apresenta alguma doença crônica? (0) Sim (1) Não (Se não, pule para 27)	cgeral26 ____
Se sim, qual (is)? _____	

20. Diabete (0) Sim (1) Não	cgeral27_____
21. Hipertensão (0) Sim (1) Não	cgeral28_____
22. Doenças Osteomusculares (Artrite, Osteoporose)(0) Sim (1) Não	cgeral29_____
23. Câncer (0) Sim (1) Não	cgeral30_____
24. Doenças do coração (0) Sim (1) Não	cgeral31_____
25. Outras?_____	cgeral32_____
26. O Sr (a) faz uso de algum tipo de medicamento para controle da(s) doenças crônicas? (0) Sim (1) Não Se sim, qual (is)? _____ _____ _____ _____	cgeral33_____
BLOCO USO DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE O USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS NA SUA VIDA	
27. Há quanto meses o Sr (a) realizou a sua última consulta com o dentista? _____ (88) Nunca foi ao dentista (Nunca Foi, Pule para 30)	cservodont1_____
28. Qual foi o motivo desta última consulta? (0) Tratamento Restaurador (1) Tratamento de tecido mole (mucosa) (2) Ajustar a(s) prótese(s) desgastada(s) (3) Trocar a(s) prótese(s) (4) Exodontia (extração dentária) (5) Estético (6) Dor (7) Outros? _____	cservodont2_____
29. Onde ocorreu o último atendimento odontológico do Sr (a)? (0) Serviço Público (1) Serviço Particular	cservodont3_____
30. Qual das afirmações abaixo descreve o seu acesso aos cuidados odontológicos? (0) Eu nunca vou ao dentista (1) Eu vou ao dentista quando eu tenho um problema ou quando sei que preciso ter alguma coisa arrumada (2) Eu vou ao dentista ocasionalmente, tenha ou não algum tipo de problema (3) Eu vou ao dentista regularmente	cservodont4_____
BLOCO AUTOPERCEÇÃO DA SAÚDE GERAL	
31. Como o Sr (a) percebe a sua saúde geral comparado com outras pessoas da sua idade? (0) Muito bom (1) Bom (2) adequado (3) muito ruim (4) ruim	cautosaudger1_____
BLOCO AUTOPERCEÇÃO DE ASPECTOS RELACIONADOS À SAÚDE BUCAL	
AGORA GOSTARIA DE CONHECER A SUA PERCEPÇÃO SOBRE A SUA SAÚDE BUCAL	
32. O Sr (a) percebe problemas na sua saúde bucal (dentes e próteses) comprometem sua aparência: (0) Sim (1) Não O Sr (a) percebe que tem:	cautosb1_____
33. Sangramento na gengiva: (0) Sim (1) Não	cautosb2_____
34. Cáries dentárias: (0) Sim (1) Não	cautosb3_____
35. Dentes com mobilidade (frouxo): (0) Sim (1) Não	cautosb4_____
36. Dentes fraturados ou presença de cavidades: (0) Sim (1) Não	cautosb5_____
37. O Sr (a) bebe líquidos para auxiliar na deglutição (ato de engolir) de comidas secas? (0) Sim (1) Não	cautosb6_____
38. O Sr (a) sente a boca seca quanto está fazendo uma refeição? (0) Sim (1) Não	cautosb7_____

39. O Sr (a) tem dificuldade quando engole a comida? (0) Sim (1) Não	cautosb8_____
40. O Sr (a) percebe que a quantidade de saliva na sua boca parece ser pequena, ou nunca reparaste nisto? (0) Sim (1) Não (2) Nunca reparou	cautosb9_____
BLOCO HÁBITOS DE SAÚDE BUCAL AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO PARA CONHECER OS SEUS HÁBITOS DE SAÚDE BUCAL	
41. Quando o Sr (a) escova os dentes, usa alguma pasta de dente? (0) Não (1) Sim (8) NSA (p/ quem não tem dentes)	chabitsb1_____
42. Quantas vezes por dia o Sr (a) costuma escovar os dentes? (0) Nenhuma (1) Uma (2) Duas (3) Três (4) Quatro (5) Cinco (6) Seis (7) Sete (8) IGN	chabitsb2_____
43. O Sr. Usa alguma dentadura? (0) Não (1) Sim (Se não, pule para a 53)	cbhabitsb12
44. O Sr (a) faz a limpeza da dentadura? (0) Sim (1) Não (Se não, pule para a 50)	chabitsb3_____
45. Quantas vezes por dia o Sr (a) limpa a sua dentadura? (1) Uma (2) Duas (3) Três ou mais	chabitsb4_____
46. O Sr (a) usa algum produto para limpar a dentadura? (0) Sim (1) Não (limpa só com água) (Se não, pule para 48)	chabitsb5_____
47. Qual produto o Sr (a) costuma utilizar para limpar sua dentadura? (marcar a opção mais frequente) (0) Pasta de dente (1) Clorofina (2) Detergente (3) Enxaguatório bucal (4) Outro _____	chabitsb6_____
48. A escova de dente é utilizada na limpeza da dentadura? (0) Sim (1) Não (Se não, pula para 50)	chabitsb7_____
49. Se sim, com que frequência utiliza? (0) Em todas às vezes que limpa (1) Às vezes	chabitsb8_____
50. O Sr (a) retira sua dentadura para dormir? (0) Sim (1) Não (Se não, pule para 53)	chabitsb9_____
51. Se retira, onde coloca? _____	chabitsb10_____
52. Com que frequência o Sr (a) retira a dentadura para dormir? (0) Nunca retiro para dormir (1) Retiro às vezes (2) Retiro sempre para dormir	chabitsb11_____
BLOCO AUTOPERCEÇÃO DA NECESSIDADE DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO AS PRÓXIMAS PERGUNTAS DIZEM RESPEITO A SUAPERCEÇÃO SOBRE A NECESSIDADE DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	
53. O Sr (a) usa alguma prótese (dentadura, chapa)? (0) Sim, embaixo e em cima (1) Sim, só em cima (2) Sim, só embaixo (3) Não	cperctodonto1_____
54. O Sr (a) acha que precisa colocar ou trocar alguma prótese? (0) Sim (1) Não	cperctodonto2_____

(0) nunca	
68. Você sentiu dificuldade para relaxar por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras? (4) muito freqüente (3) freqüente (2) ocasionalmente (1) quase nunca (0) nunca	csbqualvida9____
69. Você se sentiu um pouco embaraçada por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras? (4) muito freqüente (3) freqüente (2) ocasionalmente (1) quase nunca (0) nunca	csbqualvida10____
70. Você ficou um pouco irritado com outras pessoas por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras? (4) muito freqüente (3) freqüente (2) ocasionalmente (1) quase nunca (0) nunca	csbqualvida11____
71. Você teve dificuldade de realizar seus trabalhos usuais por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras? (4) muito freqüente (3) freqüente (2) ocasionalmente (1) quase nunca (0) nunca	csbqualvida12____
72. Você tem sentido, que a sua vida em geral estava menos satisfatória por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras? (4) muito freqüente (3) freqüente (2) ocasionalmente (1) quase nunca (0) nunca	csbqualvida13____
73. Você tem se sentido, totalmente incapaz por causa dos problemas com seus dentes, boca ou dentaduras? (4) muito freqüente (3) freqüente (2) ocasionalmente (1) quase nunca (0) nunca	csbqualvida14____
BLOCO AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE BUCAL	
74. Como o Sr (a) avalia a sua saúde bucal comparado com outras pessoas da sua idade? (0) Muito boa (1) Boa (2) Adequada (3) Muito ruim (4) ruim	cautopersb1____
AGORA VAMOS FALAR COMO O (A) SENHOR (A) TEM SE SENTIDO NA ÚLTIMA SEMANA. POR FAVOR, RESPONDA “SIM” OU “NÃO” PARA AS PRÓXIMAS PERGUNTAS	
75. Você está satisfeito com a sua vida? (0) Sim (1) Não	cdepress1____
76. Você deixou de lado muito de suas atividades e interesses? (0) Sim (1) Não	cdepress2____
77. Você sente que sua vida está vazia? (0) Sim (1) Não	cdepress3____
78. Você sente-se aborrecido com frequência? (0) Sim (1) Não	cdepress4____
79. Você está de bom humor na maioria das vezes? (0) Sim (1) Não	cdepress5____
80. Você teme que algo de ruim lhe aconteça? (0) Sim (1) Não	cdepress6____
81. Você se sente feliz na maioria das vezes? (0) Sim (1) Não	cdepress7____
82. Você se sente frequentemente desamparado? (0) Sim (1) Não	cdepress8____
83. Você prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas? (0) Sim (1) Não	cdepress9____

84. Você sente que tem mais problemas de memória que antes? (0) Sim (1) Não	cdepress10____
85. Você pensa que é maravilhoso estar vivo? (0) Sim (1) Não	cdepress11____
86. Você se sente inútil? (0) Sim (1) Não	cdepress12____
87. Você se sente cheio de energia? (0) Sim (1) Não	cdepress13____
88. Você sente que sua situação é sem esperança? (0) Sim (1) Não	cdepress14____
89. Você pensa de que a maioria das pessoas estão melhores do que você? (0) Sim (1) Não	cdepress15____

BLOCO FELICIDADE

<p>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?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">        </div> <p style="text-align: center;">A B C D E F G</p>	cfelidid____
---	--------------

90

SENSO DE COERÊNCIA

91. Quando você conversa com outras pessoas, você tem a sensação de que elas não o entendem? (1) Nunca tenho essa sensação (2) (3) (4) (5) (6) (7) Sempre tenho essa sensação	ccoerencia1____
92. No passado, quando você teve que fazer algo que dependia de cooperação com outros, você teve a sensação de que (1) Com certeza não seria feito (2) (3) (4) (5) (6) (7) Com certeza seria feito	ccoerencia2____
93. 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) Você sente que elas são estranhas (2) (3) (4) (5) (6) (7) Você as conhece muito bem	ccoerencia3____
94. Você tem a sensação de que você não se importa realmente com o que acontece à sua volta? (1) Nunca ou raramente (2) (3) (4) (5) (6) (7) Com muita frequência	ccoerencia4____
95. Alguma vez no passado, aconteceu de você se surpreender com o comportamento de pessoas que você pensava conhecer bem? (1) Nunca aconteceu (2) (3) (4) (5) (6) (7) Sempre aconteceu	ccoerencia5____
96. Já aconteceu que pessoas com as quais você contava vieram a decepcioná-lo?	ccoerencia6____

(1) Nunca aconteceu (2) (3) (4) (5) (6) (7) Sempre aconteceu	
97. Sua vida é: (1) Cheia de interesses (2) (3) (4) (5) (6) (7) Completamente rotineira	ccoerencia7____
98. Até agora, sua vida: (1) Não tem tido qualquer objetivo ou propósito (2) (3) (4) (5) (6) (7) Tem tido objetivos e propósitos claros	ccoerencia8____
99. Você tem a sensação que você está sendo tratado injustamente? (1) Com muita frequência (2) (3) (4) (5) (6) (7) Nunca ou raramente	ccoerencia9____
100. Nos últimos dez anos sua vida tem sido: (1) Cheia de mudanças que você gostaria de seguir em seguida (2) (3) (4) (5) (6) (7) Completamente consistente e clara	ccoerencia10____
101. A maior parte das coisas que você fará no futuro provavelmente será: (1) Completamente fascinantes (2) (3) (4) (5) (6) (7) Extremamente maçantes ou chatas	ccoerencia11____
102. Você tem a sensação de que está numa situação desconhecida e não sabe o que fazer? (1) Com muita frequência (2) (3) (4) (5) (6) (7) Nunca ou raramente	ccoerencia12____
103. O que descreve melhor como você vê sua vida? (1) Alguém pode sempre achar uma solução (2) (3) (4) (5) (6) (7) Não há solução para sofrimentos da vida	ccoerencia13____
104. Quando você pensa na sua vida, frequentemente você: (1) Sente o quanto é bom estar vivo (2) (3) (4) (5) (6) (7) Pergunta a si mesmo por que você existe	ccoerencia14____
105. Quando você enfrenta um problema difícil, a escolha de uma solução é: (1) Sempre confusa e difícil de encontrar (2) (3) (4) (5) (6) (7) Sempre completamente clara	ccoerencia15____
106. Fazer as coisas que você faz todos os dias é: (1) Uma fonte de grande prazer e satisfação (2) (3) (4) (5) (6) (7) Uma fonte de sofrimento e chatece	ccoerencia16____
107. Sua vida no futuro provavelmente será: (1) Cheia de mudanças que você saiba o que acontecerá em seguida (2) (3) (4) (5) (6) (7) Completamente consistente e clara	ccoerencia17____
108. No passado, quando algo desagradável aconteceu, sua tendência foi: (1) Remoer muito sobre o acontecido (2) (3) (4) (5) (6) (7) Dizer “estábem, terei que viver com isso” e seguir em frente	ccoerencia18____
109. Você tem sentimentos e ideias bastante confusas? (1) Com muita frequência (2) (3) (4) (5) (6) (7) Nunca ou raramente	ccoerencia19____
110. Quando você faz algo que lhe dá uma boa sensação: (1) Com certeza você continuará a sentir-se bem (2) (3) (4) (5) (6) (7) Com certeza algo acontecerá para estragar essa sensação	ccoerencia20
111. Acontece de você ter sensações dentro de si, as quais você preferiria não sentir? (1) Com muita frequência (2) (3) (4) (5) (6) (7) Nunca ou raramente	ccoerencia21____
112. Você acha que sua vida pessoal no futuro será: 1) Totalmente sem significado e propósito (2) (3) (4) (5) (6) (7) Cheia de significado e propósito	ccoerencia22____
113. Você acha que sempre existirão pessoas com quem você poderá contar no futuro? 1) Você está certo de que existirão (2) (3) (4) (5) (6) (7) Você duvida que existirão	ccoerencia23____
114. Você tem a sensação de que você não sabe exatamente o que está prestes a acontecer? (1) Com muita frequência (2) (3) (4) (5) (6) (7) Nunca ou raramente	ccoerencia24____
115. Muitas pessoas - mesmo aquelas com um caráter muito forte - algumas vezes	ccoerencia25____

sentem-se como perdedores em certas situações. Com que frequência você se sentiu dessa maneira no passado? (1) Nunca (2) (3) (4) (5) (6) (7) Com muita frequência	
116. Quando alguma coisa acontece, em geral você descobre que: (1) Você superestimou ou subestimou sua importância (2) (3) (4) (5) (6) (7) Você viu as coisas nas proporções corretas	ccoerencia26__
117. Quando você pensa nas dificuldades que provavelmente você terá que enfrentar em aspectos importantes de sua vida, você tem a sensação de que: (1) Você sempre terá sucesso em superar as dificuldades (2) (3) (4) (5) (6) (7) Você não terá sucesso em superar as dificuldades	ccoerencia27__
118. Com que frequência você tem a sensação de que há pouco significado nas coisas que você faz na sua vida diária? (1) Com muita frequência (2) (3) (4) (5) (6) (7) Nunca ou raramente	ccoerencia28__
119. Com que frequência você tem a sensação de que você não tem certeza de que poderá se controlar? (1) Com muita frequência (2) (3) (4) (5) (6) (7) Nunca ou raramente	ccoerencia29__

AUTOPERCEPÇÃO DA PRÓTESE	
Função	
120. Você sente alguma dor? 0 _____ 100	dor_____
121. Você sente facilidade para engolir os alimentos e água? 0 _____ 100	engol_____
122. Você consegue alimentar-se adequadamente durante as suas refeições? 0 _____ 100	alimeref_____
123. Você sente cansaço mandibular? 0 _____ 100	canmand_____
Estética e Fala	
124. Quão preocupado você se sente quando outras pessoas observam você? 0 _____ 100	preocupes_____
125. Você consegue falar com facilidade? 0 _____ 100	falafacili_____
126. Quão preocupado você se sente em relação a sua boca? 0 _____ 100	preoboca_____
127. Com que frequências as suas próteses fazem barulho enquanto você mastiga? 0 _____ 100	barulprot_____
Dentadura Inferior	

<p>128. Com que frequência você percebe que restos de comida ficam retidos embaixo de sua dentadura inferior?</p> <p>0 _____ 100</p>	aliinf_____
<p>129. Como é a retenção da sua dentadura inferior ao na sua boca?</p> <p>0 _____ 100</p>	reteinfboc_____
<p>130. Como é a adaptação da sua dentadura?</p> <p>0 _____ 100</p>	adapinfboc_____
<p>131. Você sente desconforto ao usar a sua dentadura inferior?</p> <p>0 _____ 100</p>	desprotinf_____
Expectativa	
<p>132. Quão satisfatórias você espera que sejam as novas dentaduras?</p> <p>0 _____ 100</p>	satisnova_____
<p>133. Quão problemáticas você espera que sejam as novos dentaduras?</p> <p>0 _____ 100</p>	expectaprot_____
<p>134. Como você espera que seja a adaptação das novas dentaduras</p> <p>0 _____ 100</p>	adapnova_____
Dentadura Superior	
<p>135. Com que frequência restos de alimentos ficam presos a sua dentadura superior?</p> <p>0 _____ 100</p>	alisub_____
<p>136. Como é a adaptação da sua dentadura superior?</p> <p>0 _____ 100</p>	adapsupboc_____
<p>137. Com que frequência você sente a sua dentadura superior deslocar?</p> <p>0 _____ 100</p>	desprotsup_____
Importância	
<p>138. Você considera as suas dentaduras como parte de seu corpo?</p> <p>0 _____ 100</p>	partecorpo_____
<p>139. Qual a importância de suas dentaduras para você?</p> <p>0 _____ 100</p>	impordent_____
<p>140. Você pode cuidar de sua dentadura sem qualquer dificuldade?</p> <p>0 _____ 100</p>	higienedent_____
<p>141. Quão à vontade você se sente quando usa a sua dentadura?</p> <p>0 _____ 100</p>	vontadent_____

ANEXO B – Ficha de códigos

CÁRIE DENTÁRIA

Coroa e Raiz

CÓDIGO	CONDIÇÃO/ESTADO
0	Hígido
1	Cariado
2	Restaurado, mas com cárie
3	Restaurado e sem cárie
4	Perdido devido à cárie
5	Perdido por outras razões
6	Apresenta selante
7	Apoio de ponte ou coroa
8	Não erupcionado – raiz não exposta
T	Trauma (fratura)
9	Dente excluído

USO DE PRÓTESE

CÓDIGO	CRITÉRIO
0	Não usa prótese dentária
1	Usa uma prótese fixa
2	Usa mais do que uma ponte fixa
3	Usa prótese parcial removível
4	Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis
5	Usa prótese dentária total
9	Sem informações

NECESSIDADE DE PRÓTESE

CÓDIGO	CRITÉRIO
0	Não necessita de prótese dentária
1	Necessita de uma prótese, fixa ou removível, para substituição de um elemento
2	Necessita de uma prótese, fixa ou removível, para substituição de mais de um elemento
3	Necessita de uma combinação de próteses, fixa e/ou removível para substituição de um e/ou mais de um elemento
4	Necessita de prótese dentária total
9	Sem informação

**ANEXO D – Aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de Pelotas**

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acesso dos Idosos atendidos por onze Unidades da Estratégia da Saúde da Família da área urbana de Pelotas-RS ao serviço de reabilitação de prótese dentária e o impacto na qualidade de vida relacionado à saúde bucal. Estudo longitudinal.

Pesquisador: Alexandre Emídio Ribeiro Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38487014.3.0000.5317

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 913.653

Data da Relatoria: 26/11/2014

Apresentação do Projeto:

A alteração observada no perfil de morbidade e mortalidade da população resulta no aumento das demandas dos serviços de saúde para o controle das doenças crônicas, com consequente elevação dos gastos do setor saúde com tratamentos médicos e hospitalares para controle dessas doenças (ALMEIDA et al., 2002). Em relação à saúde bucal, durante décadas, os idosos foram excluídos de ações de prevenção e promoção da saúde, em decorrência de políticas de saúde que implementaram modelos assistencialistas, sem contemplar a integralidade da atenção, restando a esses usuários somente ações cirúrgico-restauradoras (CAMPOS, 2003; MOREIRA et al., 2005). Como resultado deste processo, altas prevalências de edentulismo e necessidade de prótese são observadas em diferentes estudos realizados no Brasil.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar se os idosos vinculados às onze unidades saúde da Família - ESF do município de Pelotas – RS identificados com necessidade de prótese no primeiro acompanhamento (2009/2010) conseguiram acesso ao tratamento reabilitador disponibilizado pelo município, e se esse acesso

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301

Bairro: Centro

CEP: 96.020-360

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



Continuação do Parecer: 913.653

melhorou a sua qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Objetivo Secundário:

Descrever a prevalência de necessidade de prótese dentária e perda dentária na população específica;

Verificar associação entre as variáveis

explicativas e o indicador de necessidade de prótese; Fornecer dados epidemiológicos para fomentar práticas governamentais para a saúde bucal

dos idosos do Município de Pelotas - RS. Verificar quais os componentes da qualidade de vida relacionada à saúde bucal medida pelo OHIP 14-

Oral Health Impact Profile são mais influenciados diretamente naqueles com e sem necessidade de prótese dentária.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O Trabalho oferece riscos mínimos.

Benefícios:

Todos os idosos examinados receberão o tratamento odontológico do projeto de extensão da UFPel:

Melhoria da Qualidade do Idoso vivendo em

comunidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente trabalho é a sequência de um acompanhamento realizado em 2009/2010 sobre saúde bucal em idosos vinculados a onze Unidades de Saúde da Família - USF do município de Pelotas-RS. A proposta deste estudo é avaliar se os idosos identificados com necessidade de prótese no primeiro acompanhamento realizado conseguiram acesso ao tratamento reabilitador disponibilizado pelo município de Pelotas – RS e se esse

acesso melhorou a sua qualidade de vida. A pesquisa será desenvolvida de dezembro de 2014 a julho de 2015 nas onze Unidades de Saúde da Família com a aplicação de questionários estruturados para identificar as variáveis socioeconômicas, de utilização de serviço, de saúde geral e as clínicas de saúde bucal (uso e necessidade de prótese e verificação do número dentes).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com as exigências.

Recomendações:

OK

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301
Bairro: Centro **CEP:** 96.020-360
UF: RS **Município:** PELOTAS
Telefone: (53)3284-4960 **Fax:** (53)3221-3554 **E-mail:** cep.famed@gmail.com

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PELOTAS



Continuação do Parecer: 913.653

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 15 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Patricia Abrantes Duval
(Coordenador)

Endereço: Rua Prof Araujo, 465 sala 301
Bairro: Centro **CEP:** 96.020-360
UF: RS **Município:** PELOTAS
Telefone: (53)3284-4960 **Fax:** (53)3221-3554 **E-mail:** cep.famed@gmail.com