



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

PRISCILLA ROLIM MENDONÇA

**QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE BUCAL AUTOPERCEBIDA EM IDOSOS
DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19**

FORTALEZA

2022

PRISCILLA ROLIM MENDONÇA

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE BUCAL AUTOPERCEBIDA EM IDOSOS DURANTE
A PANDEMIA POR COVID-19

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Orientadora: Prof^a Dr^a Paula Sacha Frota Nogueira

FORTALEZA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- M496q Mendonça, Priscilla Rolim.
Qualidade de vida e saúde bucal autopercebida em idosos durante a pandemia por COVID-19. /
Priscilla Rolim Mendonça. – 2022.
47 f. : il.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2022.
Orientação: Profa. Dra. Paula Sacha Frota Nogueira.
1. Qualidade de Vida. 2. Saúde bucal. 3. Idosos. I. Título.

CDD 610

PRISCILLA ROLIM MENDONÇA

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE BUCAL AUTOPERCEBIDA EM IDOSOS DURANTE
A PANDEMIA POR COVID-19

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Paula Sacha Frota Nogueira (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Marília Braga Marques
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Mariana Ramalho de Farias
Universidade Federal do Ceará (UFC Campus Sobral)

Às minhas avós, Iacy e Helena (*in memoriam*),
como forma de declarar minha gratidão à
minha ancestralidade.

À minha filha, Agnes, como forma de declarar
minha esperança no amanhã.

AGRADECIMENTOS

A Deus por iluminar sempre o meu caminhar.

À minha mãe e irmã, Inez e Patrícia, por todo amor, incentivo, investimento, inspiração e dedicação em toda a minha vida, sendo meu porto seguro onde encontro fortaleza para enfrentar os desafios e paz para celebrar as alegrias.

Ao meu melhor amigo e esposo, Allyson, por me ensinar diariamente sobre tolerância, respeito, responsabilidade e altruísmo.

À minha filha Agnes por me lembrar a cada instante que é preciso ter paciência e coragem.

Aos meus familiares, por serem sempre tão presentes, torcida incansável na saúde ou na doença.

A todos os meus amigos semeados e colhidos durante a vida, que acompanharam toda a minha jornada estudantil e profissional com carinho e bondade.

À Profa. Dra. Paula Sacha Frota Nogueira por todos os ensinamentos e, principalmente, por me permitir sonhar; por ter sido, antes de minha orientadora, uma amiga que sempre acreditou que eu era capaz.

Ao Prof. Dr. Rômulo Rebouças Lôbo, geriatra exemplar e cunhado admirável, por toda contribuição, disponibilidade e incentivo com a minha pesquisa.

Aos graduandos de odontologia da Liga Acadêmica de Doenças Estigmatizantes, Beatriz, Yuri, Erick e Cléia, pela ajuda na etapa de coleta de dados desse estudo.

Aos funcionários da UBS José Gomes da Silva Zumbi pela solidariedade e empatia durante esta pesquisa.

Aos funcionários, professores e colegas do Mestrado Profissional em Saúde da Família, pela rica partilha de experiências neste período.

A todos os idosos meus pacientes e aos participantes desta pesquisa.

Não sei por que essa gente vira a cara para o presente
E esquece de aprender
Que felizmente ou infelizmente sempre o tempo vai correr
Não quero morrer pois quero ver
Como será que deve ser envelhecer
Eu quero é viver para ver qual é
E dizer venha para o que vai acontecer.
(Arnaldo Antunes)

RESUMO

Objetivou-se analisar fatores relacionados à qualidade de vida e à saúde bucal autopercebida de idosos durante a pandemia por COVID-19. Trata-se de um estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvida com 101 idosos cadastrados na área de abrangência da UBS José Gomes da Silva Zumbi, localizada em Horizonte, Ceará, de junho a agosto de 2022. Foi aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para rastreamento cognitivo dos idosos, como critério de inclusão. Para a coleta de dados foram utilizados o formulário de entrevista estruturado contendo dados sociodemográficos, de saúde geral e bucal, o instrumento WHOQOL-Bref para avaliar a qualidade de vida e o GOHAI para conhecer a saúde bucal autopercebida dos idosos. Para análise utilizou-se estatística descritiva, por meio de frequências absoluta e relativa, média (\bar{x}), e desvio padrão (S), e estatística inferencial, através de testes ANOVA, teste T de Student e teste t de Welch, para investigar associações entre as variáveis descritivas e os questionários aplicados no estudo. A amostra revelou média de idade de 68,1 anos, predominância do sexo feminino (57,4%), 3 anos de estudo, edêntulos totais (65,35%), sem acesso à consulta odontológica durante a pandemia (62,4%). O índice GOHAI (31,5) obtido da amostra caracteriza uma autopercepção de saúde bucal moderada. Os resultados do WHOQOL-Bref, a avaliação da qualidade de vida (3,71), a satisfação com a saúde (3,54) e os escores para os domínios físico (3,14), psicológico (3,94) e meio ambiente (3,87) foram regulares. Apenas o domínio relações sociais (4,03) foi avaliado como bom. Verificou-se uma associação significativa entre os escores do GOHAI e presença de problemas dentários ($p=0,001$), condição bucal atual igual ou pior a antes da pandemia ($p=0,007$) e autopercepção de saúde bucal boa ou ruim ($p=0,006$). Correlação negativa significativa também foi observada entre os domínios do WHOQOL-Bref e as variáveis “xerostomia” ($p=0,01$) e “diabetes mellitus” ($p=0,006$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre a COVID-19 e os escores do GOHAI e os domínios do WHOQOL-Bref. Sugere-se a implementação de programas de educação em saúde para idosos com ações e estratégias voltadas para a melhoria da saúde bucal e qualidade de vida, a fim de que possibilitem uma melhor percepção acerca do seu estado e maior inclusão desse grupo etário no sistema de saúde.

Palavras-chaves: Qualidade de Vida. Saúde Bucal. Idosos. COVID-19.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze factors related to the quality of life and self-perceived oral health of the elderly during the COVID-19 pandemic. This is a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach, developed with 101 elderly people registered in the area covered by the UBS José Gomes da Silva Zumbi, located in Horizonte, Ceará, from June to August 2022. The Mini Mental State Exam was applied (MMSE) for cognitive screening of the elderly, as an inclusion criterion. For data collection, a structured interview form containing sociodemographic, general and oral health data, the WHOQOL-Bref instrument to assess quality of life and the GOHAI to know the self-perceived oral health of the elderly were used. Descriptive statistics were used for analysis, through absolute and relative frequencies, mean (χ), and standard deviation (S), and inferential statistics, through ANOVA tests, Student's t test and Welch's t test, to investigate associations between the descriptive variables and the questionnaires applied in the study. The sample revealed a mean age of 68.1 years, female predominance (57.4%), 3 years of study, total edentulous (65.35%), no access to dental consultation during the pandemic (62.4%). The GOHAI index (31.5) obtained from the sample characterizes a moderate self-perception of oral health. The WHOQOL-Bref results, the assessment of quality of life (3.71), satisfaction with health (3.54) and scores for the physical (3.14), psychological (3.94) and environment domains environment (3.87) were regular. Only the social relationships domain (4.03) was evaluated as good. There was a significant association between GOHAI scores and the presence of dental problems ($p=0.001$), current oral condition equal to or worse than before the pandemic ($p=0.007$) and self-perception of good or poor oral health ($p=0.006$). A significant negative correlation was also observed between the WHOQOL-Bref domains and the variables “xerostomia” ($p=0.01$) and “diabetes mellitus” ($p=0.006$). No statistically significant differences were found between COVID-19 and GOHAI scores and WHOQOL-Bref domains. It is suggested the implementation of health education programs for the elderly with actions and strategies aimed at improving oral health and quality of life, in order to enable a better perception of their status and greater inclusion of this age group in the health care system. health.

Keywords: Quality of Life. Oral Health. Elderly. COVID-19.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Características sociodemográficas de idosos. Horizonte, Ceará, 2022..	41
Tabela 2 –	Variáveis de saúde geral	42
Tabela 3 –	Variáveis de saúde bucal	43
Tabela 4 –	Distribuição dos valores obtidos do GOHAI e caracterização das perguntas e respostas da amostra de idosos. Horizonte, Ceará, 2022..	45
Tabela 5 –	Distribuição dos valores referentes obtidos do WHOQOL-Bref da amostra de idosos. Horizonte, Ceará, 2022.	46
Tabela 6 –	Teste de normalidade	46
Tabela 7 –	Correlação entre o índice GOHAI e as variáveis sociodemográficas, de saúde geral e de saúde bucal.....	47
Tabela 8 –	Correlação entre os domínios do WHOQOL-Bref F e as variáveis sociodemográficas, de saúde geral e de saúde bucal. Horizonte, Ceará, 2022.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CD	Cirurgião-dentista
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COVID-19	<i>Corona Virus Disease</i>
EPI	Equipamento de Proteção Individual
eSF	Equipe de Saúde da Família
e-SUS AB	Estratégia de Informatização da Atenção Básica
GOHAI	<i>General Oral Health Assessment Index</i>
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
QVRSB	Qualidade de vida relacionada à saúde bucal
SARS-CoV-2	Coronavirus-2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave
SB	Saúde Bucal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	Objetivo Geral	16
2.2	Objetivos Específicos	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1	Envelhecimento populacional	17
3.2	Qualidade de Vida	18
3.3	Saúde bucal.....	22
<i>3.3.1</i>	<i>Indicadores sócio-dentais</i>	<i>27</i>
3.4	A pandemia por COVID-19.....	29
4	MATERIAIS E MÉTODOS	36
4.1	Delineamento do estudo	36
<i>4.1.1</i>	<i>Local do estudo.....</i>	<i>36</i>
4.2	População do estudo.....	36
4.3	Coleta de dados	37
<i>4.3.1</i>	<i>Instrumentos utilizados</i>	<i>38</i>
4.4	Organização e análise dos dados.....	40
4.5	Procedimentos éticos.....	40
5	RESULTADOS	41
5.1	Variáveis sociodemográficas.....	41
5.2	Variáveis de saúde geral	42
5.3	Variáveis de saúde bucal.....	42
5.4	GOHAI: Autopercepção da saúde bucal.....	44
5.5	WOQHOL-Bref: Qualidade de vida.....	45
5.6	Correlação entre os questionários aplicados com as variáveis sociodemográficas e de saúde	46
6	DISCUSSÃO	52
7	CONCLUSÕES.....	65
	REFERÊNCIAS.....	67
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	75
	APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA	78
	ANEXO A – MEEM.....	81
	ANEXO B – WHOQOL-Bref.....	83
	ANEXO C – GOHAI.....	87

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	88
--	-----------

1 INTRODUÇÃO

A longevidade é uma aspiração de qualquer sociedade, no entanto, só pode ser considerada uma conquista na medida em que seja experienciada com qualidade de vida (QV). A histórica exclusão da saúde bucal (SB) do idoso e a percepção de SB como um dos fortes componentes da QV e autoestima para essa população levam-nos a priorizar ações a serem realizadas para esse grupo (VARGAS; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2011).

A mudança do perfil demográfico mundial é um tema que vem suscitando discussões e investigações, sob diferentes óticas, nas mais variadas áreas do conhecimento. Uma das vertentes que vem sendo estudada nos contextos nacional e internacional diz respeito à QV na velhice. Verifica-se, também, no contexto internacional, que essa é uma área bastante pesquisada por equipes multidisciplinares, como um importante parâmetro de avaliação de políticas, intervenções de saúde e avaliações do cuidado prestado (LOW; MOLZAHN; KALFOSS, 2008; SANTOS; CIANCIARULO, 2016).

Tentando sintetizar a complexidade da noção de QV e de sua relatividade diante das diferentes culturas e realidades sociais, diversos instrumentos têm sido construídos. Alguns tratam a saúde como componente de um indicador composto, outros têm, indicadores específicos de QV relacionados à saúde, que consideram o impacto de condições mais definidas, como por exemplo, os problemas que acometem a cavidade bucal (WHOQOL, 1998; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Entender como os idosos percebem o processo de envelhecimento, atrelado à noção de QV, permite aos profissionais de saúde pensar em estratégias de ações de saúde para além do enfoque na doença. Compreender o que os idosos valorizam, e como vivenciam as suas questões de saúde, relações sociais, convívio familiar, lazer, trabalho e, ainda, o acesso às suas necessidades básicas, nos remete ao oportuno momento de trabalhar na perspectiva da promoção da saúde, auxiliando os atuais e futuros idosos a viver esta etapa da melhor forma (SANTOS; CIANCIARULO, 2016).

Pesquisas explorando a relação entre doenças bucais e QV vêm aumentando nas últimas décadas. Tais pesquisas indicam que uma situação bucal precária pode acarretar repercussões negativas na QV da população idosa, pois apesar das doenças bucais usualmente não serem fatais no idoso, podem afetar sua habilidade para comer, falar e socializar-se, ou seja, prejudicar os relacionamentos interpessoais e, conseqüentemente o bem-estar e a QV (LOCKER; GIBSON, 2005; MARCIAS, 2008).

No projeto técnico SB Brasil 2020, além dos índices epidemiológicos para aferição dos agravos bucais cárie dentária, traumatismo dentário, condição periodontal,

oclusopatias, urgência de tratamento, edentulismo e necessidade de próteses dentárias, consta um questionário para caracterização demográfica, socioeconômica, acesso e utilização de serviços odontológicos, morbidade bucal referida, autopercepção e impacto em SB nas atividades diárias, enaltecendo a importância de se avaliar também os dados subjetivos e a distribuição dos agravos bucais segundo as condições socioeconômicas (BRASIL, 2019).

Os problemas dentários interferem de forma direta nas atividades básicas como a mastigação, a fonação, a estética e as relações sociais. O edentulismo e o uso de próteses desadaptadas acarretam dificuldades de fonação e influenciam na autoconfiança do indivíduo, o que traz isolamento social e pode gerar desequilíbrio emocional e mental (MACHADO, 2018).

Um dos principais motivos para que o idoso não procure atendimento odontológico é a falta de percepção de suas necessidades bucais. Apesar dos esforços de uma odontologia preventiva e social, ainda existe no imaginário coletivo a ideia de que idosos não necessitam de assistência odontológica, por serem em sua maioria edêntulos e usuários de dentaduras (BULGARELLI; MESTRINER; PINTO, 2012; NOGUEIRA *et al.*, 2017).

Neste sentido, preconiza-se uma abordagem na associação de medidas clínicas da condição oral, da percepção de bem-estar geral e oral, e dos relatos de funcionamento físico, social e psicológico para apoiar os profissionais clínicos na seleção de tratamentos e na monitorização dos resultados dos pacientes, bem como os investigadores na identificação de fatores determinantes de saúde e de risco para a saúde e ainda na determinação dos serviços necessários a providenciar às populações. (GIFT; ATCHINSON, 1995; BENNADI; REDDY, 2013; AFONSO, 2014).

Avaliar a condição bucal relacionada à QV é fundamental para os sistemas de saúde pública, pesquisa e tomada de decisão sobre as estratégias a serem implementadas na prevenção e promoção da SB em diferentes países. Além disso, é preocupante que a atenção à SB seja muitas vezes o primeiro serviço considerado dispensável pelos tomadores de decisão, devido aos seus altos custos e à percepção de ser um serviço não essencial, especialmente em países em desenvolvimento (YACTAYO-ALBURQUERQUE, 2021).

Devido ao surgimento da pandemia pelo *Corona Virus Disease -19* (COVID-19), novas barreiras reduziram ainda mais o acesso aos cuidados de SB para idosos, pois muitos procedimentos odontológicos têm um risco aumentado de gerar aerossóis contaminantes. Conseqüentemente, os idosos tem maior risco de complicações fatais da COVID-19 e menor probabilidade de procurar ou receber cuidados de SB devido ao medo de contrair a doença (MARCHINI; ETTINGER, 2020).

Enquanto perdurar a pandemia por COVID-19, as populações vulneráveis, especialmente os idosos, denotam e carecem do reconhecimento por órgãos públicos competentes, que compreendem grupos de alto risco para exacerbação de problemas de saúde física e mental, além do impacto negativo causado pela limitação na comunicação interpessoal, dificultando o processo de socialização (SANTOS; SILVA; PACHÚ, 2020).

Idosos correm maior risco de complicações fatais da COVID-19 e muitos procedimentos odontológicos têm um risco aumentado de gerar aerossóis, espalhando assim a COVID-19. Consequentemente, os idosos têm menor probabilidade de procurar ou receber cuidados de SB devido ao medo de contrair a COVID-19 (MARCHINI; ETTINGER, 2020).

A chegada da pandemia por COVID-19 reduziu significativamente o acesso pelos idosos aos serviços odontológicos no município de Horizonte, pois as medidas preventivas mais rigorosas quanto à biossegurança para o atendimento odontológico não foram viabilizadas. Com a falta de equipamentos de proteção individuais (EPI) adequados para os profissionais de SB, eliminou-se a oferta de serviços bucais eletivos, ficando o atendimento restrito apenas para casos de urgência e emergência odontológica.

A equipe de saúde da família (eSF) Zumbi III, da qual a pesquisadora é integrante, está lotada na Unidade Básica de Saúde (UBS) José Gomes da Silva Zumbi, situada na sede do município de Horizonte, em área totalmente urbana. Ela é responsável por 3896 usuários, sendo que destes 575 são idosos, segundo dados da Estratégia de Informatização da Atenção Básica (e-SUS AB) em outubro de 2022. A partir das informações obtidas no relatório de produção do e-SUS AB no período pré-pandêmico (2019), dos 1131 atendimentos odontológicos realizados pela equipe de saúde bucal Zumbi III, menos de 10% foram destinados a idosos. Percebeu-se, assim, que a maioria desse grupo etário no território adscrito não havia tido acesso a consulta odontológica, evidenciando que a cobertura de SB destinada a esse grupo etário do território estava aquém da aceitável.

Acrescentando ao que já foi exposto, as questões inerentes ao contexto pandêmico tais como o isolamento físico e social, a mudança na rotina e de hábitos diários, e a limitada oferta de atendimento odontológico podem ter impactado negativamente a SB e, consequentemente, na QV dos idosos do território.

Devido às características específicas da população idosa e à sua histórica exclusão da assistência odontológica, somadas às adversidades vivenciadas por esse grupo etário durante a pandemia por COVID-19, elaborou-se a seguinte pergunta norteadora para o estudo: Como a QV e a SB estão sendo percebidas pelos idosos do território, durante a pandemia por COVID-19, considerando os fatores sociodemográficos nos quais estão inseridos?

Acredita-se que conhecer os aspectos relacionados à QV de idosos reveste-se de

grande importância científica e social por permitir alternativas válidas de intervenção em políticas públicas e sociais, além de programas de saúde geriátricos preventivos, educativos e assistenciais que valorizem a SB, esclareçam sobre o autocuidado, buscando promover o bem-estar deste grupo de pessoas que, tanto no mundo atual quanto no futuro, constitui grande parte da população.

Dessa forma, numa tentativa de ampliar o entendimento do processo saúde-doença como determinante social, espera-se que o presente estudo possa fortalecer, de forma respeitosa, a atenção odontológica em idosos para além da população do município de Horizonte, de modo que estes possam recuperar e manter as condições bucais saudáveis necessárias para viver essa etapa da vida com qualidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar fatores relacionados à qualidade de vida e à saúde bucal autopercebida de idosos durante a pandemia por COVID-19.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde dos idosos;
- Avaliar a saúde bucal autopercebida e a qualidade de vida de idosos;
- Identificar os fatores relacionados a qualidade de vida e saúde bucal dos idosos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Envelhecimento populacional

O aumento no número de idosos constitui um dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea, especialmente em países em desenvolvimento, onde este fenômeno ocorre em ambiente de pobreza e grande desigualdade social (MARCIAS, 2008). A população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios (IBGE, 2017).

Pesquisadores reconhecem que os avanços médicos contribuíram para o aumento do período de vida da população; no entanto, a razão principal para essa ampliação está associada à elevação da QV. Apesar de ainda longe do ideal, quando se compara as condições de vida de hoje às de 60 anos atrás, são verificadas melhorias nutricionais, nos níveis de higiene pessoal, nas condições sanitárias em geral, nas circunstâncias de trabalho e nas moradias (TRENTINI; CHACHAMOVICK; FLECK, 2008).

O aumento da expectativa de vida, o desenvolvimento da tecnologia, a globalização e o acesso democrático às informações modificaram o perfil do indivíduo do século XXI e a sociedade em sua macro esfera. A busca pela QV tornou-se uma constante, que extrapola as classes sociais, culturais, econômicas e até a cronologia de vida das pessoas (KALACHE, 2008). Nesse contexto, QV na velhice é um conceito importante, hoje, no Brasil, na medida em que existe uma nova sensibilidade social para a velhice, quer considerada como um problema quer como um desafio para indivíduos e para a sociedade (SANTOS; CIANCIARULO, 2016).

As políticas públicas devem direcionar estratégias para que os idosos possam atingir o melhor estado de saúde possível, garantindo uma vida digna e um envelhecimento saudável. Isso envolve não somente aspectos de saúde, mas também, promoção de relações sociais, otimização da autonomia e independência, assim depende de fatores, como serviços sociais e de saúde, pessoais, comportamentais, econômicos e ambiente físico, que impactam diretamente na QV. Apesar dos esforços, poucas ações têm ocorrido na prática e muitos idosos permanecem na linha da invisibilidade (Duarte *et al.*, 2021).

A população idosa em base territorial brasileira tem suporte estabelecido por lei, como disposto no Capítulo IV, art. 15, do estatuto do idoso: é assegurada atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso

universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003).

Em 2005, foi estabelecida pelo Ministério da Saúde (MS) uma agenda de compromissos, visando reforçar as ações na Atenção Primária à Saúde (APS), na qual está incluído o Pacto em Defesa da Vida. Nesse documento, o idoso é incluído nas perspectivas do cuidado integral e do atendimento dos profissionais da APS de forma ampla e multidimensional (BRASIL, 2006).

Em 2006, foi aprovada a Portaria nº 2528/GM, a qual estabelece a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, tem como finalidade primordial, recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. A política define a APS como porta de entrada para o cuidado da saúde da população idosa, estabelece a atenção integral à saúde, bem como estimula ações intersetoriais, e valoriza a formação e a educação dos profissionais do SUS na área da saúde da pessoa idosa, entre outras diretrizes (BRASIL, 2006).

Com a Portaria 4279/2010 o SUS adotou a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde, de base territoriais, tendo como um de seus atributos a APS como principal porta de entrada do sistema (BRASIL, 2010). Ampliar e qualificar o acesso da pessoa idosa ao SUS, a partir das suas especificidades, consta dentre as motivações para a utilização dos pontos de atenção das RAS, a partir da orientação e organização do cuidado proposto pelo modelo de atenção à pessoa idosa (BRASIL, 2014).

3.2 Qualidade de Vida

A Organização Mundial da saúde (OMS) define saúde como um “completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Essa definição permite a afirmação de que um indivíduo, mesmo não apresentando qualquer alteração orgânica, para ser considerado saudável precisa viver com qualidade. Atualmente os conceitos mais aceitos de QV buscam dar conta de uma multiplicidade de dimensões discutidas nas chamadas abordagens gerais ou holísticas. O principal exemplo que pode ser citado é o conceito preconizado pela OMS no qual QV reflete a percepção dos indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas (OMS, 1998).

A crescente preocupação com questões relacionadas à QV vem de um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Assim, há divergência quanto à abordagem da QV considerada por muitos autores como sinônimo de saúde, e por outros como um conceito mais abrangente, em que as condições de saúde seriam um dos aspectos a serem considerado (FLECK *et al.*, 1999; FLECK *et al.*, 2000).

Apesar de não existir um consenso a respeito do conceito de QV, tal conceito vem sendo abordado segundo três aspectos: subjetividade; multidimensionalidade; presença de dimensões positivas e negativas. Sob estes aspectos conceituou-se QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Fleck *et al.*, 1999).

Em uma tentativa de análise da QV de forma mais ampla, saindo principalmente do reducionismo biomédico, MINAYO, HARTZ e BUSS (2000) abordam QV como uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal) e objetivos, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade.

Para que se alcance um perfil elevado de saúde, é necessário mais do que o acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, o que requer políticas públicas coerentes, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população. A produção sobre QV no Brasil é relativamente recente e tem aumentado a cada ano, não se restringindo a determinado grupo social, refletindo a preocupação em se conhecer de que forma essas enfermidades estão comprometendo a vida dos indivíduos focalizando as análises na QV relacionada à saúde. No entanto, embora o estado de saúde seja bastante importante para a vida das pessoas, nem todos os aspectos da vida humana são, necessariamente, questão médica ou sanitária (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Portanto, com base nesses conceitos, a mensuração da saúde não pode mais restringir-se à ausência de doenças ou agravos e passa a ser importante considerar as diversas dimensões envolvidas, bem como as repercussões dos problemas de saúde da vida diária dos indivíduos. Tal preocupação leva à procura por indicadores que possam mensurar a QV relacionada à saúde (CASTRO; PORTELA; LEÃO, 2007).

Os instrumentos para avaliação da QV variam de acordo com a abordagem e objetivos do estudo. Instrumentos específicos como o *Medical Outcomes Study Questionnaire*

36-Item Short Form Health Survey (SF-36) para avaliação da QV relacionada à saúde e o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) para avaliação da QV geral são tentativas de padronização das medidas permitindo comparação entre estudos e culturas (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Um desses instrumentos foi desenvolvido pela OMS que criou o Grupo de Qualidade de Vida, *The WHOQOL Group* (1995), e definiu o conceito de QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Assim, o instrumento desenvolvido por esse organismo internacional em estudo multicêntrico baseia-se nos pressupostos de que QV é uma construção subjetiva (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composta por elementos positivos (por exemplo, mobilidade) e negativos (dor) (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

O grupo desenvolveu, até o momento, dois instrumentos gerais de medida de QV: o WHOQOL-100 (instrumento composto por 100 questões) e o WHOQOL-Bref (a versão abreviada). O WHOQOL foi traduzido e validado para o Brasil por um grupo de pesquisadores na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e tem por objetivo avaliar a QV geral das pessoas em diferentes culturas. Foram validadas duas versões do instrumento. A versão longa “WHOQOL-100” considera seis domínios para análise: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais/religião/ crenças pessoais. A versão curta “WHOQOL-Bref” considera quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) para análise da QV. O WHOQOL apresenta uma vantagem de permitir a comparação de seus resultados entre diferentes populações por ser validado de forma similar para muitos países e apresentar uma abordagem multicultural. A versão em português – inclusive dos questionários – está disponível no Brasil, no Grupo de Estudos sobre QV, do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e no Hospital das Clínicas do Paraná (FLECK *et al.*, 1999; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

O questionário WHOQOL-Bref, traduzido para língua portuguesa por Fleck *et al.* (1999), compõe-se das 26 questões, extraídas do WHOQOL-100, que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos. Dessas 26 questões, duas são gerais e 24 representam cada uma das 24 facetas do WHOQOL-100. Assim, enquanto no WHOQOL-100 cada uma das 24 facetas é avaliada por meio de quatro questões, no WHOQOL-Bref cada uma é avaliada apenas por uma questão. A versão abreviada é composta por duas questões gerais e quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK *et al.*, 2000).

As questões do WHOQOL-Bref são formuladas para respostas em escalas tipo Likert, incluindo intensidade (“nada” a “extremamente”), capacidade (“nada” a “completamente”), frequência (“nunca” a “sempre”) e avaliação (“muito insatisfeito” a “muito satisfeito”; “muito ruim” a “muito bom”). As pontuações de cada domínio foram transformadas numa escala de 0 a 100 e expressas em termos de médias, conforme preconiza o manual produzido pela equipe do WHOQOL, sendo que médias mais altas sugerem melhor percepção de QV (FLECK *et al.*, 2000; ALMEIDA-BRASIL *et al.*, 2017).

O aumento da proporção de idosos na população geral e as particularidades que esta faixa etária apresenta apontam a necessidade do desenvolvimento de instrumentos específicos para a aferição de sua QV. O Questionário Genérico WHOQOL-Old, foi desenvolvido pelo grupo de estudos *The World Health Organization Quality of Life* da OMS. Esse questionário consta de 24 itens, com resposta por escala tipo *Likert* (escala de resposta psicométrica usada comumente em questionários) de 1 a 5, divididos em seis facetas. Cada uma delas é composta por quatro itens, gerando, então, escores que variam de 4 a 20 pontos. Os escores das seis facetas, combinados com as respostas aos 24 itens, geram, também, um escore total. As facetas são: funcionamento dos sentidos; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e, intimidade (TRENTINI; CHACHAMOVICK; FLECK, 2008).

O desenvolvimento e a validação da versão em português do módulo específico para idosos do questionário de QV (WHOQOL-OLD) foi realizado por Fleck et al, 2006, que constataram que o Módulo WHOQOL-OLD representa uma alternativa útil e com bom desempenho psicométrico na investigação de QV em idosos. O WHOQOL-OLD trata-se de um instrumento complementar específico para a avaliação da QV em idosos que podem fornecer informações adicionais sobre a QV nesta população específica (FLECK; CHACHAMOVICK; TRENTINI, 2006).

Em síntese, grande parte dos estudos tende a adotar ou uma abordagem mais genérica e sociológica, sem especificar patologias, sendo mais apropriadas a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde, como a adotada pela OMS, por exemplo, com o uso do WHOQOL, ou uma mais específica como as relacionadas à saúde analisando os sintomas e capacidade funcional utilizando-se de inúmeros instrumentos, muitas vezes específicos para determinada patologia. Assim, a complementaridade das metodologias, ou seja, que haja a utilização de instrumentos padronizados de avaliação, que viabilizam mais facilmente a comparação com outros estudos, combinados com análises qualitativas, que permitam uma maior aproximação com a realidade a ser investigada, é uma

opção a ser explorada (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; PEREIRA; TEIXEIRA.; SANTOS, 2012).

3.3 Saúde bucal

O plano de ação global da OMS, para a prevenção e controle de doenças crônicas 2013-2020, menciona a urgência de um compromisso por parte dos governos em reconhecerem que as doenças orais partilham fatores de risco com, pelo menos, quatro das principais doenças crônicas (câncer, diabetes, doenças cardiovasculares e respiratórias). O peso das doenças orais e fatores de risco estão relacionados com estilos de vida e com a implementação de medidas preventivas, pelo que a importância da vida social, comportamental e os fatores ambientais na doença oral e a saúde tem sido demonstrada em diversos estudos epidemiológicos (PETERSEN *et al.*, 2010).

A SB afeta a saúde em geral limitando as atividades diárias, destacando-se os impactos das suas alterações nos domínios funcionais, psicológicos e sociais. Dado que partilham fatores de risco comuns, sobretudo em termos de estilos de vida, as doenças orais podem ter um impacto sobre muitos aspetos da saúde geral verificando-se uma reciprocidade causal como em doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, aterosclerose, diabetes e prematuridade. Ademais, constituem, muitas vezes, a evidência primária de doenças sistêmicas, nomeadamente em casos de diabetes ou HIV/AIDS (SISCHO; BRODER, 2011; GRIFFIN *et al.*, 2012).

A cavidade oral permite que os indivíduos desempenhem duas funções básicas, a fala e a alimentação. Comer e beber não estão apenas associados à nutrição, mas também proporcionam os prazeres do paladar e do consumo. Além disso, comer, beber, sorrir, comunicar e falar, assim como beijar, são funções sociais que requerem uma cavidade oral saudável. A mastigação e a salivação dependem dos tecidos orais, dentes, tecidos neurais e musculares, sensação e saliva. Deficiências em qualquer nível podem interferir na deglutição e comprometer a proteção das vias aéreas. (PETERSEN; OGAWA, 2018).

Para além das condições de vida precárias, os principais fatores de risco relacionados com estilos de vida insalubres sobretudo na alimentação (rica em açúcares e gorduras), higiene oral e consumo excessivo de tabaco e álcool são apontados como as principais causas de deterioração da saúde geral, que abarca alterações ao nível da cavidade oral, acrescendo a limitada disponibilidade e acessibilidade aos serviços de saúde oral. Portanto, a saúde oral não só é parte integrante como essencial à saúde geral. Saúde oral e

geral influenciam-se mutuamente, sendo a saúde oral um fator determinante da QV (AFONSO, 2014).

Por ser o conceito de QV mediado por variáveis pessoais e ambientais, os indivíduos que perderam muitos dentes podem ou não experimentar impactos funcionais e psicológicos e, aqueles que experimentaram tais impactos podem ou não achar que sua QV está comprometida (LOCKER; GIBSON, 2005).

Pesquisas explorando a relação entre doenças bucais e QV vêm aumentando nas últimas décadas. Tais pesquisas indicam que uma situação bucal precária pode acarretar repercussões negativas na QV da população idosa, pois apesar das doenças bucais usualmente não serem fatais no idoso, podem afetar sua habilidade para comer, falar e socializar-se, ou seja, afetar os relacionamentos interpessoais e atividades diárias e, conseqüentemente o bem-estar e a QV (LOCKER; GIBSON, 2005; MARCIAS, 2008).

Os dentes contribuem muito para a aparência estética da face e para a função dos maxilares. A presença ou ausência de dentes influencia na autoestima e confiança do indivíduo. A aparência é um componente vital na interação social, assim como a clareza da fala, que depende da presença e posição dos dentes e da função oral (PETERSEN; OGAWA, 2018).

Os idosos tiveram seus hábitos formados numa época em que a Odontologia Preventiva, ou de promoção de saúde, ainda era centrada nas principais doenças bucais (cárie e doença periodontal), sendo as técnicas e os recursos para prevenção e manutenção dos dentes muito limitados. Assim, era comum considerar a eliminação de dentes (entendidos como foco de doença) como uma forma viável de tratamento, sem haver, no entanto, qualquer entendimento da relação entre a importância da reabilitação protética e a QV (DAMASCENO, 2010).

O Projeto SB Brasil 2020 é parte essencial do componente de vigilância em saúde da PNSB e representa a continuidade e consolidação de uma série histórica de informações epidemiológicas em SB, iniciada com o levantamento nacional realizado em 1986 (BRASIL, 1986b). A partir do ano 2000, foram conduzidos dois levantamentos nacionais em SB representativos da população brasileira, com metodologias semelhantes: o Projeto SB Brasil 2003 e o Projeto SB Brasil 2010 (BRASIL, 2012).

Em relação ao perfil epidemiológico, o levantamento nacional de SB (SB Brasil) realizado em 2010 apontou que mais de três milhões da população de idosos entre 65 e 74 anos necessitam de prótese total nas duas arcadas dentárias, e outros quatro milhões precisam usar próteses parciais em uma das arcadas. Os dados sugerem que quanto mais avançada a

faixa etária, maior o índice de edêntulos, associando-se o envelhecimento da população brasileira com a necessidade do uso de próteses totais (BRASIL, 2012; RIGO *et al.*, 2015).

A despeito disso, com o passar da idade a busca por serviços odontológicos diminui, ao passo que a busca por serviços médicos aumenta. Apesar dos esforços de uma odontologia preventiva e social, ainda existe no imaginário coletivo a ideia de que idosos não necessitam de assistência odontológica, por serem em sua maioria edêntulos e usuários de dentaduras (BULGARELLI; MESTRINER; PINTO, 2012; NOGUEIRA *et al.*, 2017).

Durante muito tempo a assistência odontológica baseou-se no modelo medicalocêntrico, deixando uma imagem de que a odontologia é necessária apenas para cuidar de dentes, sem se preocupar com a sensibilização de seus usuários para contextualizarem o dente em um sistema composto por outros órgãos que necessitam igualmente de cuidados. Dessa forma, o ultrapassado modelo de assistência não conseguiu gerar uma consciência coletiva de cuidado e visitas frequentes ao cirurgião-dentista (CD) para prevenção de doenças e promoção de SB (BULGARELLI; MESTRINER; PINTO, 2012).

Tal fato é preocupante uma vez que, mesmo entre os edêntulos, o uso de serviços odontológicos é de suma importância devido à grande necessidade de cuidados, tais como diagnóstico precoce de lesões orais potencialmente malignas e avaliação da necessidade ou da substituição de próteses (MARTINS *et al.*, 2008).

É preciso avançar, na condição de profissionais de saúde, na tentativa de mudar essas percepções erradas dos idosos para que se efetive o fortalecimento da promoção de SB. De certa forma, é na ESF, por meio de um modelo de atenção universal pautado no viés do cuidado integral, que existe espaço para mudar o significado construído socialmente de que o CD é um profissional mutilador e que causa sofrimento e medo ao idoso. Para isso, a odontologia deve fazer parte de um grupo interdisciplinar em saúde, pois o hábito de visita ao CD é construído com o empoderamento da comunidade, para que haja o autocuidado e, assim, a busca de atenção à SB (BULGARELLI *et al.*, 2009; BULGARELLI; MESTRINER; PINTO, 2012).

Para que o indivíduo tenha saúde é necessário que se alimente de modo adequado e, para tal, necessita de um aparelho estomatognático que garanta as funções de mastigação, deglutição e digestão (KANDELMAN; PETERSEN; UEDA, 2008). A perda dentária não é uma condição fisiológica causada pelo envelhecimento, mas sim consequências de doenças bucais ou traumatismos. O edentulismo influencia na mastigação e, por consequência, na digestão, bem como na gustação, na fala e na estética. Promover SB na terceira idade consiste na manutenção dos dentes saudáveis; desenvolver a habilidade para mastigar bem; melhorar a

sensibilidade gustativa; ajudar numa fonação adequada e uma estética que ajude na reinserção social e assim proporcionar bem-estar e QV (DAMASCENO, 2010; MELO, 2016).

A relação entre SB, saúde sistêmica e nutrição constitui um importante ponto para a QV em indivíduos idosos, pois problemas bucais podem influenciar diretamente sobre vários aspectos, incluindo a alimentação, fala, convívio social e autoestima. Alterações na capacidade mastigatória do idoso interferem no comportamento inicial do processo digestivo, com repercussões nas condições de saúde e nutrição do idoso. Indivíduos idosos são particularmente vulneráveis a restrições alimentares com possíveis consequências em seu estado nutricional por terem uma menor quantidade de dentes naturais (MARCAS, 2008).

A perda progressiva dos elementos dentais e o uso de próteses totais vêm sendo relacionados com a perda de apetite entre indivíduos idosos. Os idosos que fazem uso de próteses totais tendem a selecionar sua alimentação, consumindo alimentos facilmente mastigáveis, tais como alimentos pobres em fibras e com baixa densidade nutricional, o que pode comprometer sua saúde geral quando vinculada a condições sociais, culturais e econômicas desfavoráveis. Isto porque, as pessoas que usam dentaduras têm uma eficiência mastigatória reduzida em até 85% em relação àquelas com dentes naturais, o que as leva a diminuir o consumo de carnes, frutas e vegetais frescos, e optar por uma alimentação mais macia, pobre em fibras, vitaminas e minerais (DAMASCENO, 2010; MARCIAS, 2008).

Logo, percebe-se que a SB está diretamente ligada à saúde geral e à QV, permitindo afirmar que o serviço público necessita de reformulação, direcionando ações específicas aos idosos, dentre os quais se situa a falta de dentes. Além de medidas educativas e preventivas, deve-se pensar em medidas reabilitadoras, no caso específico do edentulismo. Apesar de as doenças orais serem uma das mais fáceis de serem prevenidas, o tratamento odontológico é o quarto mais dispendioso em todo o mundo. Sugere-se a implementação de políticas públicas de educação em saúde para valorização da SB como parte indissociável da saúde geral (DAMASCENO, 2010; AFONSO, 2014).

O adoecer tem diferentes significados para cada usuário. A manifestação do sofrimento também varia de usuário para usuário, pois apresentam diferentes capacidades de lidar com os problemas (físicos, mentais, sociais). Acolher é o início de um projeto terapêutico, mas também o início (ou continuidade) de uma relação de vínculo. Na avaliação de risco e vulnerabilidade, é necessário considerar também as percepções do usuário e de sua rede social acerca do seu processo de adoecimento (BRASIL, 2013).

A SB vinha historicamente sendo avaliada por meio de critérios exclusivamente clínicos, os quais não permitem a determinação do real impacto dos problemas bucais na vida dos indivíduos. A necessidade de determinar a repercussão integral de alterações presentes na

cavidade bucal levou ao desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB), que vêm sendo utilizados com frequência cada vez maior em pesquisas odontológicas. Há pouco mais que duas décadas, não existiam métodos para avaliar as implicações dos problemas bucais na vida diária dos indivíduos. De lá para cá, inúmeros índices foram desenvolvidos, voltados, contudo, na sua maioria, para pacientes adultos ou idosos. Destacam-se o OHIP-49 (Perfil do Impacto da Saúde Bucal), sua versão mais curta OHIP-14, o GOHAI (Índice de Determinação da Saúde Bucal Geral) e o OIDP (Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário) (CASTRO; PORTELA; LEÃO, 2007).

É cada vez mais preconizada a associação de medidas clínicas da condição oral com os relatos de percepção de bem-estar geral e oral e de funcionamento físico, social e psicológico. Esta abordagem permite centrar, não na doença, mas no indivíduo e nas suas avaliações subjetivas do impacto da doença (AFONSO, 2014).

A autopercepção da saúde oral é uma medida multidimensional que reflete a experiência subjetiva do indivíduo quanto ao seu bem-estar físico e psicossocial e que determina a procura por tratamento dentário. A autopercepção da SB é influenciada não só por aspectos clínicos, mas também por fatores subjetivos como capacidade de se comunicar, mastigar sem problemas e aspectos socioeconômicos, tem relação com o meio social em que a pessoa vive e com as variáveis que indicam necessidade de tratamento. A concordância entre as necessidades definidas clinicamente e subjetivamente não é grande (SILVA & FERNANDES, 2001; SISCHO; BRODER, 2011; AFONSO, 2014; MELO, 2016).

Nota-se que os idosos reconhecem a importância dos dentes naturais, mas não percebem como a perda dentária pode alterar sua saúde e interferir na sua QV, haja vista a deficiência de autopercepção da SB (DAMASCENO, 2010).

Muitos idosos que relatam autopercepção positiva da SB, na verdade apresentam condições bucais precárias, devido a uma aceitação passiva da deterioração de seu estado bucal, mantendo-se inertes com a situação concebida como “natural” (HAIKAL *et al.*, 2011). Estudos observaram que a maioria das pessoas vê sua condição bucal de maneira favorável, mesmo em condições clínicas não satisfatórias (HENRIQUES *et al.*, 2007; NOGUEIRA *et al.*, 2017; SILVA; FERNANDES, 2001). Em virtude disso, a baixa procura por cuidados bucais na fase idosa pode sugerir a falta de percepção da necessidade dos cuidados bucais, cabendo à eSF realizar busca ativa por esses indivíduos que necessitam de cuidados odontológicos embora não procurem o serviço.

Existe uma contradição entre saúde autorreferida e SB autopercebida, os mesmos idosos que se dizem insatisfeitos com sua saúde geral, consideravam como ótima sua SB, o

que nos leva a uma reflexão de que os idosos possam considerar como “natural” a má condição de SB e ter como parâmetro para a insatisfação com sua saúde geral a elevada prevalência de doenças crônicas observadas neste grupo (MELO, 2016).

Compreendendo a manutenção da SB como um desafio e algo contínuo para a saúde das populações até a fase da velhice, uma maior atenção à SB deve ser sempre encorajada nos serviços de saúde e nas universidades, para que promovam a saúde das pessoas idosas. Nessa lógica, a visita do idoso ao CD se torna fundamental para que as ações de educação em saúde proporcionem a autopercepção e a autoproteção da saúde, conscientizando as pessoas sobre a necessidade de cuidados com a SB. É essencial entender que a maneira como uma pessoa idosa percebe sua condição de SB bem como o acesso ao serviço de saúde, condiciona a maneira, a importância e o comportamento frente às ações de cuidado com a SB (SILVA; FERNANDES, 2001).

A partir do levantamento das necessidades de saúde do território, é necessário também trabalhar tais aspectos na educação em saúde, para que os idosos sejam conscientizados da necessidade de encontrar tempo para cuidar da SB, frequentando regularmente a UBS em busca de informações em prol do autocuidado (BULGARELLI; MESTRINER; PINTO, 2012).

3.3.1 Indicadores sócio-dentais

Os níveis da saúde oral por muito tempo foram medidos por indicadores específicos, meramente clínicos (objetivos) com base em critérios sugeridos pela OMS. Contudo, o uso restrito desses instrumentos na avaliação das condições orais tem demonstrado ser muito pobre e simplista, por centrar-se apenas no biologicismo. É necessário associar medidas clínicas da condição oral, da percepção de bem-estar geral e oral, e dos relatos de funcionamento físico, social e psicológico para apoiar os profissionais clínicos na seleção de tratamentos e na monitorização dos resultados dos pacientes. Somando-se a isso, a adoção de tal abordagem auxilia os gestores na elaboração de programas e prioridades institucionais na promoção de uma boa condição oral e de cuidados preventivos, bem como nas decisões políticas e de financiamento (GIFT; ATCHINSON, 1995; BENNADI; REDDY, 2013; AFONSO, 2014).

O conceito de QVRSB é baseado na perspectiva de que condições e doenças de SB podem prejudicar a autoestima e a autoimagem de alguém, podem causar outros problemas de saúde, podem desencorajar a interação social e podem levar à dor, estresse ou depressão. Além disso, pode influenciar funções vitais, como deglutição, fala e respiração. O

método mais utilizado para avaliar a QVRSB são os questionários de múltiplos itens. Eles geralmente contêm perguntas sobre a percepção de uma pessoa sobre saúde física, estado psicológico e capacidade funcional (BENNADI; REDDY, 2013).

Atualmente, têm-se estudado os efeitos de condições adversas funcionais, sociais e psicológicas sobre a cavidade bucal. Os índices sócio dentais ou instrumentos de avaliação de QVRSB devidamente validados para indivíduos adultos permitem avaliar a QV enquanto percepção do impacto psicossocial das condições orais. Tais instrumentos, validados e confiáveis com a finalidade de mensurar subjetivamente as doenças bucais, foram criados a partir da década de 90, para complementar os indicadores clínicos, usados rotineiramente. São utilizados na coleta de dados de SB sob a perspectiva do indivíduo, tanto em nível populacional quanto individual (SILVA E FERNANDES 2001; SILVA, 2003; MARCIAS, 2008).

Os instrumentos subjetivos podem ser unidimensionais, quando avaliam apenas um aspecto, como a capacidade mastigatória ou a intensidade de dor, ou também, multidimensionais. Os indicadores multidimensionais têm sido mais utilizados por serem amplos, envolverem população adulta, geralmente de idosos, e englobarem diversas dimensões como dor, restrições alimentares e bem-estar psicológico dos indivíduos. A maior vantagem de utilizar instrumentos de abordagem genérica é permitir recolher maior número e qualidade de informação, comparar dentro de uma variedade de condições médicas e entre populações, no sentido de examinar o impacto dos programas de cuidados de saúde na QV, fornecendo uma visão ampla. Ainda que exista diferença no nível de complexidade entre esses indicadores, todos buscam abordar aspectos dos efeitos das condições bucais sobre o estado funcional, social e psicológico de cada indivíduo (MARCIAS, 2008).

A revisão integrativa de literatura realizada por AFONSO (2014) reuniu e analisou os resultados de pesquisas relativos aos instrumentos de avaliação de QVRSB, de forma sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema. Tais instrumentos com características que permitem associar informações de caráter subjetivo (de autopercepção) a medidas objetivas (clínicas), tornando possível uma visão mais ampla das características dos indivíduos e das suas necessidades, no que respeita a sua QVRSB, são: *General Oral Health Assessment Index* (GOHAI), *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14), *Oral Impacts on Daily Performance* (OIDP), *Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire* (PIDAQ) e o *Oral Health-related Quality of Life Measure* (OHQOL).

Todos os instrumentos descritos contêm itens direcionados para as limitações funcionais, dor e desconforto oral e impactos psicológicos e comportamentais das condições orais, o que confirma a multidimensionalidade deles. Apenas o instrumento OIDP sustenta

uma estrutura unidimensional, enquanto o GOHAI permite identificar impactos relativos à disfunção e dor enquanto o OHIP-14 detecta, com maior facilidade, impactos psicológicos. As opções de resposta consistem todas em escalas de Likert, sobretudo de frequência (GOHAI, OHIP, OIDP) (AFONSO, 2014).

Não foi encontrada evidência científica que recomende o uso isolado destes instrumentos, pelo contrário, a sua utilização deve ser complementar à informação fornecida pelos dados clínicos. É unânime na literatura que o uso de indicadores de QV é um componente essencial nas pesquisas e estudos odontológicos, especialmente aqueles que avaliam em termos de prevenção e de opções terapêuticas que visam melhorar o estado de saúde do indivíduo (AFONSO, 2014).

O instrumento GOHAI, anteriormente denominado de *Geriatric Oral Health Assessment Index*, foi desenvolvido por Atchisson e Dolan (1990) com a intenção de proporcionar uma autoavaliação das condições da SB das pessoas idosas, de maneira que permitisse sua utilização tanto em estudos epidemiológicos quanto na prática clínica diária. Definiu-se SB como a ausência de dor e infecção, consistindo em uma dentição confortável e funcional (natural ou protética) que permita ao indivíduo exercer seu papel social (ATCHISON; DOLAN, 1990).

Ressalta-se que Atchisson (1997) propôs a mudança de denominação no GOHAI, com manutenção da sigla original, intitulando-o de *General Oral Health Assessment Index*, ou seja, Índice de Determinação de Saúde Bucal Geral. A proposição deveu-se aos resultados satisfatórios alcançados com a aplicação do GOHAI em outros tipos de populações, incluindo populações de americanos, hispânicos, grupos de jovens e de baixa renda.

O índice ficou composto por 12 questões fechadas, e os itens envolvem a análise de informações proporcionadas pelos pacientes quanto à influência que seus problemas de SB têm em relação a três dimensões básicas: problemas físicos, que incluem alimentação, fala e deglutição; problemas psicológicos, que compreendem preocupação ou cuidado com a própria SB, insatisfação com a aparência, autoconsciência relativa à SB e o fato de evitar contatos sociais devido a problemas odontológicos; dor ou desconforto, considerando o uso de medicamentos para aliviar estas sensações, desde que provenientes da boca (MELO, 2016).

3.4 A pandemia por COVID-19

O Coronavirus-2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2), responsável pela COVID-19, surgiu na China no fim de 2019 e em pouco tempo tornou-se

uma pandemia, decretado pela OMS em março de 2020, tornando-se um dos maiores desafios para a saúde no mundo. Atualmente sabe-se que a origem do vírus estava associada ao Mercado Atacadista de Frutos do Mar de Wuhan e de acordo com o sequenciamento do genoma do SARS-CoV-2, o morcego foi identificado como hospedeiro natural do vírus, que infecta humanos por meio de hospedeiros intermediários. Acredita-se que a propagação para a espécie humana tenha acontecido através de carnes contaminadas do mercado (TUNÃS *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020; MOURA *et al.*, 2020; MATIOLI *et al.*, 2021).

Os sinais e sintomas decorrentes da infecção variam de leve a grave, podendo se apresentar de forma subclínica em alguns indivíduos que por desconhecer a atual condição de saúde, disseminam o vírus, e representam um alto risco para populações vulneráveis que estão mais susceptíveis às complicações por COVID-19. As vias de transmissão da COVID-19 compreendem a transmissão direta seja por meio de tosse, espirro e perdigotos ou ainda por contato com mucosa oral, nasal e ocular. Além disso, constatou-se que os vírus podem ser transmitidos de pessoa para pessoa através do contato direto ou indireto, de saliva e fluídos (TUNÃS *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020; MATIOLI *et al.*, 2021).

Aumenta com a idade o risco de morte por COVID-19, visto que a maioria dos óbitos ocorrem em idosos com doenças crônicas. Especialmente aqueles com comorbidades associadas, estando mais propensos a mortalidade adjunta a infecção viral como a causada pelo SARS-Cov-2, pois apresentam maiores déficits no sistema imunológico, já os idosos que possuem diagnóstico anterior de doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão, e doenças cerebrovasculares estão sujeitos a estágios mais graves do COVID-19 (MATIOLI *et al.*, 2021).

As gestões governamentais de diversos países adotaram medidas que visam retardar a propagação do vírus e nivelar a demanda aos leitos hospitalares a fim de amparar os pacientes que necessitem de hospitalização e/ou recursos terapêuticos, dentre as estratégias utilizadas estão: o autoisolamento, quarentena, distanciamento social e contenção social. Os métodos de controle e prevenção da infecção para a população em geral baseiam-se em condutas pessoais que minimizem a exposição ao vírus, são elas: uso de máscaras faciais, cobrir tosses e espirros, higienização regular das mãos, resguardar o contato com pessoas contaminadas, evitar levar às mãos ao rosto quando não higienizadas (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

As divergências em torno da adoção dessas medidas de prevenção originaram uma série de controvérsias políticas, engendrando profundas contradições na governança do problema e impossibilitando um direcionamento consistente para impedir que, em poucos meses, o país registrasse uma centena de óbitos decorrentes da contaminação pelo SARS-

CoV-2. Segundo os dados atualizados na página oficial da COVID-19 do MS, até dezembro de 2022, o Brasil teve 689.665 óbitos pela COVID-19, representando uma letalidade da doença de 2,0% (BRASIL, 2022).

Foi apontado também que, nesse momento de crise, algumas melhorias surgiram, como a telemedicina e os testes rápidos para COVID-19. Contudo, deve-se considerar que os resultados não ocorrem de maneira imediata e que o sistema público de saúde ainda carece de melhorias e maiores investimentos. Cabe ressaltar que a economia também foi e deverá ser fortemente atingida e a população mais carente sentirá com maior intensidade esse reflexo com a falta de EPI para prevenção da doença, dificuldade em praticar o isolamento social e, principalmente, o desemprego (MOURA *et al.*, 2020).

Foi observada uma maior vulnerabilidade dos idosos do estado do Ceará à contaminação por COVID-19 devido aos aspectos sociais e comportamentais. O sistema de crenças e comportamentos locais demonstrou que homens, pessoas com baixa escolaridade, idosos a partir de 80 anos e aqueles residentes em cidades do interior do estado estão mais vulneráveis à infecção pelo coronavírus (LIMA *et al.*, 2020).

A pandemia provocada por COVID-19 colocou as metrópoles em alerta, especialmente as grandes, que apresentam altas densidades e facilitam a propagação da doença, como pode ser observado no alto coeficiente de incidência em Fortaleza e municípios circunvizinhos, com tendência para difusão menos concentrada nos demais municípios do estado, embora as medidas tomadas pela gestão estadual contribuam para limitar a velocidade de ocorrências, já que o Ceará teve explosão de casos de COVID-19 no fim do mês de março de 2020. (MACIEL *et al.*, 2020).

O novo coronavírus pode ser transmitido em qualquer idade, com risco de desenvolver sintomas mais graves ou ser potencialmente fatal em pessoas com doenças crônicas e idosos. Há poucos casos de COVID-19 em crianças e há pesquisas em andamento a respeito do comportamento do novo vírus nessa idade, em grupos de gestantes e em pacientes com comprometimento do sistema imunológico (TUÑAS *et al.*, 2020).

Como justificativa para representantes do grupo de riscos para esta infecção por COVID-19, os idosos e os doentes crônicos estão expostos a maiores números de injúrias e mortalidade, ligados ao próprio envelhecimento de forma fisiológica, apresentando problemas como a redução do metabolismo, diminuição da capacidade funcional, maior susceptibilidade às infecções, fato este que torna essencial a manutenção da SB (MATIOLI *et al.*, 2021; DA ROCHA *et al.*, 2019; SANTOS; SILVA; PACHÚ, 2020).

Uma revisão integrativa da literatura evidenciou que além da população idosa ser mais susceptível à contaminação por COVID-19, é também à evolução de quadros graves.

Além disso, demonstrou-se um amplo espectro clínico da doença nesta população, na qual foi constatada sintomatologia mais agressiva, diversa e relacionada com situações de saúde pré-existentes à infecção. Observou-se que os idosos apresentam sintomas mais atípicos e com duração ligeiramente mais longa desde o início da sintomatologia até a sua admissão, tornando-se mais difícil a identificação da infecção por COVID-19 de forma precoce. Além disso, quando associada a alguma comorbidade sistêmica (diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, doenças cerebrovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica, síndrome do desconforto respiratório agudo, alterações articulares degenerativas, desnutrição e obesidade), a doença se torna mais agressiva e com a evolução de quadros mais graves, com um maior risco de morte (NASCIMENTO *et al.*, 2020).

A magnitude da ocorrência de múltiplas morbidades associadas ao risco de desenvolvimento de formas clinicamente graves de COVID-19 entre brasileiros no processo de envelhecimento foi evidenciada em um estudo longitudinal. A multimorbidade é um problema de saúde pública no Brasil considerando sua magnitude, complexo manejo clínico, impacto para a sociedade e para o sistema de saúde, e a ocorrência é alta principalmente em idosos. Apesar do conhecimento ainda incipiente sobre o mecanismo biológico que aumenta o risco de infecções entre pessoas com multimorbidade, este parece estar associado ao aumento da inflamação e à diminuição da capacidade de resposta imunológica do corpo (NUNES *et al.*, 2020).

Considerando a invisibilidade dos idosos antes da pandemia e sua visibilidade no contexto pandêmico, constatou-se a forte presença do ageísmo, termo usado para designar o preconceito e a conseqüente discriminação a pessoas idosas, seja pela idade ou pela aparência. Em tempos de pandemia, bastou dizer que o vírus tinha maior letalidade entre os idosos para virar “uma doença de velhos”. Muitos idosos foram aprisionados em seus lares pelos familiares com a justificativa de protegê-los (DUARTE *et al.*, 2021).

Contudo, o aprisionamento teve efeito deletério uma vez que repercutiu em aumento de depressão e solidão nas pessoas idosas e até mesmo ruptura de vínculos afetivos e familiares pela divergência de opiniões e falta da participação dos idosos nas decisões. Apesar do objetivo principal ser evitar ou diminuir a propagação do vírus, caso prolongado o isolamento social, medidas para reduzir os possíveis danos devem ser tomadas. Além disso, o distanciamento não deve ser entendido como o fim das relações sociais e das redes de apoio, e os profissionais de saúde, a sociedade e a família devem trabalhar juntos para que o idoso continue com a sensação de pertencimento (SILVA *et al.*, 2021).

Outro agravante que cerceia a população idosa no contexto pandêmico é o distanciamento social sem a utilização de ferramentas tecnológicas. Tal fato além de impedi-

los ou dificultar a obtenção de bens, serviços e apoio social necessários durante a pandemia, deixando-os mais vulneráveis ao isolamento, à depressão e à solidão, desencadeou ainda mais o estigma segregacionista. As repercussões nos idosos têm gerado quadros de ansiedade, depressão, sentimento de solidão, alterações do sono, declínio cognitivo, perda de autonomia, fragilidade, tristeza, abuso, violência, luto antecipado e outros (SANTOS; SILVA; PACHÚ, 2020; SILVA *et al.*, 2021; MOREIRA; SOUSA, 2021).

Embora o distanciamento físico seja elementar, o social é prejudicial, com isso, atenta-se para a socialização remota através de dispositivos tecnológicos, como mecanismo salutar à aproximação em tempos de pandemia. O isolamento social para os idosos pode restringir suas atividades e interações, como os encontros presenciais nas igrejas cancelados, assim como a prestação de serviços religiosos. Isso, por sua vez, parece desencadear uma série de impactos, incluindo situações de solidão, a interrupção das rotinas e atividades diárias, acesso alterado a serviços essenciais, como consultas médicas (SANTOS; SILVA; PACHÚ, 2020; KOENING, 2020).

Considerando que o processo natural de envelhecimento ocorre de maneira diferente entre os indivíduos, sendo as manifestações fisiológicas particulares de cada pessoa, os fatores intrínsecos, como características genéticas, e extrínsecos, por meio dos hábitos de vida e contexto ambiental no qual o idoso está exposto, concorrem para possibilitar longevidade e envelhecimento saudável. (SANTOS; SILVA; PACHÚ, 2020)

Muitos idosos não se reconhecem como tal, afinal, a pessoa idosa é sempre a outra. Durante a pandemia, essas incongruências se tornaram visíveis. Talvez no imaginário social, a imagem da pessoa idosa seja do “velho decrépito”, dependente, com distúrbios de memórias, negligenciando suas diferenças internas, ou seja, um estereótipo criado pelo ageísmo (DUARTE *et al.*, 2021; SILVA *et al.*, 2021).

O estigma da incapacidade física e mental como uma fatalidade do processo de envelhecimento e da velhice está presente tanto nas falas das pessoas idosas quanto nas de profissionais de saúde. Desconhecer a dimensão funcional do conceito de saúde para a pessoa idosa pode levar a um comprometimento na QV além de onerar os serviços de saúde. Sendo assim, as intervenções de saúde devem objetivar uma visão mais abrangente da funcionalidade, com ênfase na segurança, adaptação, autonomia e independência da pessoa idosa (SANTOS; SILVA; PACHÚ, 2020; DUARTE *et al.*, 2021).

É válido ressaltar que em tempos de pandemia, a sociedade se solidarizou aos idosos e muitas manifestações de ajuda, respeito, cuidado e carinho floresceram neste período singular e esperamos que deem frutos no pós-pandêmico. Contudo, enquanto sociedade, devemos manter os olhos bem abertos a essa população quando a pandemia passar, garantindo

a manutenção da vida, o respeito, a dignidade, o combate ao ageísmo, a adaptação a sua condição física, o acesso a moradia, saúde, segurança e seu papel na sociedade. Espera-se que os idosos continuem visíveis e que a sociedade finalmente comece a planejar e escolher seus caminhos na longevidade (DUARTE *et al.*, 2021).

No primeiro ano do enfrentamento da pandemia a maior parte dos países combinou medidas de isolamento social para reduzir a circulação do vírus com tratamento intensivo dos casos graves. No Brasil não houve a mobilização coordenada pelo MS no nível primário, dos agentes comunitários e das eSF. As iniciativas neste sentido foram quase sempre das esferas municipais de governo, desarticuladas e isoladas (LIMA *et al.*, 2021).

Historicamente, a maioria dos cuidados de SB para idosos tem sido relacionada a problemas crônicos de SB, em vez de exacerbações agudas, que não são muito prevalentes nessa faixa etária. Portanto, os idosos são menos propensos a sofrer de problemas dentários agudos durante a atual pandemia de COVID-19. No entanto, os problemas dentários crônicos tendem a piorar durante a crise, porque os idosos estão focados na prevenção da COVID-19, de modo que as suas rotinas de higiene bucal podem ser ainda mais negligenciadas, resultando em necessidades agudas (MARCHINI; ETTINGER, 2020).

O que pode ser feito no nível da APS em termos de cuidados básicos de saúde contra a pandemia por COVID-19? Atividades típicas da APS, com ações para promoção e proteção específica da saúde: moradia, com saneamento, água encanada e comida, além de educação em saúde, com disseminação de informações pertinentes e de vigilância epidemiológica de uma doença que emerge como pandemia global em 2020. Mobilização de agentes comunitários, médicos de família, profissionais de SB e profissionais de saúde mental, bem como garantir EPI para todos eles. Esta força de trabalho especial e protegida é fundamental para a APS, incluindo atividades de educação em saúde, assistência farmacêutica e de promoção de bem estar social (LIMA *et al.*, 2021).

A higiene oral, mesmo em tempos de COVID-19, precisa ser compreendida como questão básica de saúde, considerando que o trato respiratório é a porta de entrada de infecção, boca (língua, dentes, gengivas e periodonto), faringe (garganta) e pulmões, onde os maiores agravos resultantes da infecção podem ocorrer (MATIOLI *et al.*, 2021).

A característica peculiar do atendimento odontológico é a proximidade face a face, entre odontólogo e paciente. A carga viral concentrada nas vias aéreas superiores oriundas de secreções das vias aéreas, sangue ou saliva, tem relevante disseminação da doença entre profissionais que atuam na região de cabeça e pescoço, os quais estão mais expostos à contaminação pelo coronavírus devido ao fato de o paciente durante o atendimento odontológico estar sem a máscara. Então, medidas de biossegurança são fundamentais para

evitar a transmissão de microrganismos, devido a exposição frequente a fluidos, saliva, sangue e produção de aerossóis, além de instrumentos cortantes manuais contaminados (TUNÃS *et al.*, 2020).

A existência de possibilidade da transmissão por aerossol em ambiente fechado por longo tempo alerta que as medidas preventivas convencionais se tornaram insuficientes mediante a transmissibilidade do vírus em questão. Logo, as medidas de biossegurança habitual não são eficazes para impedir a disseminação do COVID-19, principalmente no período de incubação, onde os indivíduos não sabem se estão infectados. Pessoas infectadas, que ainda não apresentam sintomas, se tornam forte fonte de infecção, expondo a equipe odontológica ao risco de infecção ao COVID-19 (OLIVEIRA *et al.*, 2020; MOURA *et al.*, 2020).

Neste momento de pandemia é necessário manter todo o cuidado com a biossegurança para o atendimento odontológico, percebe-se que assim como na década dos anos oitenta, faz-se necessário mudanças comportamentais, no âmbito da saúde. Essas alterações para maior segurança dos profissionais da saúde fazem parte de uma evolução para todos (MATIOLI *et al.*, 2021).

O Conselho Federal de Odontologia recomenda que os profissionais utilizem de forma efetiva os EPI e realizem uma triagem previamente ao atendimento odontológico para a identificação de possíveis sintomas do COVID-19. Aos serviços públicos de saúde, foi solicitado a suspensão das atividades que não se enquadram nos critérios de urgência ou emergência. E aos estabelecimentos privados solicitou-se o máximo de atenção aos protocolos de prevenção. Contudo, sabe-se que as formas de prevenção não estão no total controle do profissional e estes se encontram no mais elevado risco frente ao COVID-19, dessa forma, o isolamento voluntário é a medida mais eficaz durante o surto epidêmico (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

Tratou-se de um estudo observacional descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa.

Esse tipo de estudo é caracterizado pela observação direta de uma quantidade planejada de indivíduos (amostra) e a observação da existência de associação entre as possíveis variáveis preditoras e o desfecho é feita em um único momento. Tais estudos são úteis para descrever as características de determinada população, determinar a prevalência e avaliar associações entre variáveis, sem permitir, contudo, estabelecer relações de causalidade. Tem como principais vantagens, o baixo custo e a rapidez (KLEIN & BLOCH, 2004).

4.1.1 Local do estudo

Horizonte é um município cearense situado na região metropolitana de Fortaleza, com densidade demográfica de 344,96 hab/km², população estimada de 69.688 pessoas e extensão territorial de aproximadamente 160,764 km² (IBGE, 2021).

O estudo foi realizado na UBS José Gomes da Silva Zumbi, a qual é composta por três eSF (Zumbi I, II e III), sendo a unidade responsável por 11.791 usuários, segundo informações contidas no sistema de *software* público e-SUS AB no ano de 2022. A unidade situa-se na sede do município, em área totalmente urbana, e abrange os bairros do Zumbi, Centro, Mangueiral e Diadema. A UBS é a maior unidade básica do município e a única cadastrada no Programa Saúde na Hora. O território apresenta ainda uma instituição de longa permanência de idosos, responsável pelos cuidados de 37 idosos.

4.2 População do estudo

No Brasil, idoso é definido como pessoa com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003). Este estudo teve como população de referência 1647 idosos cadastrados no território de abrangência da UBS José Gomes da Silva Zumbi, segundo dados do E-SUS AB em outubro de 2022.

A seleção da amostra foi do tipo não-probabilística de conveniência, que consiste em aplicar a pesquisa com pacientes disponíveis na UBS. A amostragem por conveniência é

mais acessível e demora menos tempo para obter o resultado (CARMO, FERREIRA; 2008). Neste caso, a pesquisa foi realizada com 101 idosos que frequentaram voluntariamente a UBS durante o período de coleta de dados que foi de junho a agosto de 2022.

Os critérios de inclusão dos participantes do estudo foram: idosos residentes em uma das áreas de abrangência cadastradas na UBS José Gomes da Silva Zumbi. Já os critérios de exclusão foram: idosos institucionalizados ou com algum tipo de comprometimento cognitivo que inviabilizasse a compreensão e participação na pesquisa. O declínio cognitivo foi avaliado pela versão brasileira do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO A).

O MEEM é a escala de rastreio cognitivo mais utilizada em todo o mundo e a versão mais utilizada nos estudos brasileiros é a de Bertolucci et al. (1994), a qual faz uso da escolaridade para estabelecer pontos de corte. Os itens avaliados pelo MEEM são: Orientação; Memória Imediata; Atenção e Cálculo; Memória de Evocação e Linguagem (MELO, D.M.; BARBOSA, A.T.G., 2015). O escore total é de 30 pontos, sendo que para analfabetos a nota de corte padrão é de 13 pontos, para indivíduos com baixa/média escolaridade, 18 pontos, e para os de alta escolaridade, 26 pontos (BERTOLUCCI et al., 1994).

Esses critérios foram definidos como de exclusão pois tais condições já são fatores relacionados a menores níveis de QV e participação social na população idosa, independente do isolamento social decorrente da pandemia por COVID-19 (SCHERRER, GERSON et al., 2019).

4.3 Coleta de dados

A equipe de coleta de dados, composta pela CD da eSB Zumbi III (pesquisadora principal) e por quatro graduandos de odontologia pertencentes da Liga Acadêmica de Doenças Estigmatizantes (LADES) da UFC, se reuniu durante um turno na sala de reuniões da UBS para estudo dos instrumentos a serem utilizados na pesquisa. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), a equipe realizou cinco entrevistas-teste com usuários da UBS para observar a metodologia de coleta de dados, os instrumentos utilizados e o tempo despendido na coleta. Esses entrevistados não fizeram parte da amostra. Os entrevistadores, munidos de *smartphones* conectados à internet da UBS, caneta e almofada para carimbo, paramentados com máscaras faciais PFF2, seguiram o mesmo protocolo durante a abordagem aos idosos que aguardavam algum atendimento na sala de espera da UBS.

A etapa da coleta de dados foi realizada no período de junho a agosto de 2022. No primeiro momento, cada entrevistador forneceu ao idoso as informações sobre a pesquisa e,

após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi solicitado a assinatura do idoso ou coleta da digital. Em seguida, foi realizado o rastreamento cognitivo de cada entrevistado, através da aplicação do MEEM. Após a inclusão do idoso no estudo, os instrumentos descritos a seguir foram aplicados, em formato digital no *smartphone* da equipe. Os dados coletados com o próprio idoso foram enviados automaticamente ao fim de cada entrevista, de forma *online*, para a plataforma digital do *google forms*.

A coleta de dados feita na UBS favoreceu a participação dos idosos na pesquisa, que pela questão de ter sido iniciada durante a quarta onda da pandemia por COVID-19, em junho 2022, apresentou-se mais viável do que realizar entrevistas domiciliares.

4.3.1 Instrumentos utilizados

As variáveis do estudo foram coletadas a partir de instrumentos já validados na literatura e através do formulário de entrevista próprio estruturado (APÊNDICE A). As informações quanto à QV foram coletadas por meio do instrumento WHOQOL-Bref (ANEXO B), e as informações quanto a SB autopercebida foram coletadas através do instrumento GOHAI (ANEXO C).

4.3.1.1 O formulário de entrevista

O formulário de entrevista continha as seguintes informações:

- Dados para identificação do entrevistado: nome, data de nascimento, endereço, ACS responsável, telefones para contato, nome do entrevistador e data da entrevista.
- Fatores socioeconômicos e demográficos: idade, sexo, condição de união, raça, escolaridade e renda mensal individual.
- Fatores relacionados à saúde geral: Presença de doença sistêmica, hábito de fumar, saúde geral autorreferida e positividade de teste para COVID-19.
- Fatores relacionados à SB: Hábito de higiene oral, xerostomia, problemas dentários e gengivais, edentulismo, uso de próteses dentárias, SB autorreferida atual e em comparação com antes da pandemia, última consulta com o CD e motivação para procurar atendimento odontológico.

4.3.1.2 WHOQOL-Bref

Para avaliação da QV dos idosos foi utilizado o questionário genérico WHOQOL-Bref, traduzido para língua portuguesa por Fleck et al. (1999). As questões do WHOQOL-Bref são formuladas para respostas em escalas tipo Likert, incluindo intensidade (“nada” a “extremamente”), capacidade (“nada” a “completamente”), frequência (“nunca” a “sempre”) e avaliação (“muito insatisfeito” a “muito satisfeito”; “muito ruim” a “muito bom”). As pontuações de cada domínio foram expressas em termos de médias, sendo que médias mais altas sugerem melhor percepção de QV, classificadas como necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5) (FLECK *et al.*, 2000; ALMEIDA-BRASIL *et al.*, 2017).

O módulo WHOQOL-BREF é constituído de 26 perguntas, sendo a pergunta número 1 e 2 sobre a QV geral e as outras 24 perguntas são facetadas as quais compõem 4 domínios que são: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

4.3.1.3 GOHAI

A autopercepção da SB dos idosos foi avaliada pelo Índice GOHAI (*Geriatric Oral Health Assessment Index*) desenvolvido por Atchinson e Dolan (1990), em pesquisas com idosos norte-americanos, sendo traduzido e validado para ser utilizado na população brasileira por Silva e Castellanos Fernandes (2001). É um questionário estruturado, composto por 12 perguntas relacionadas a problemas que podem afetar as pessoas em três dimensões: 1) física, incluindo alimentação, fala e deglutição; 2) psicossocial, incluindo preocupação ou interesse pela SB, insatisfação com aparência, autoconsciência pela saúde e o fato de evitar contatos sociais devido a problemas bucais, e 3) dor ou desconforto durante a mastigação com próteses, incluindo o uso de medicamentos para aliviar a dor ou o desconforto bucal, durante os últimos três meses.

Neste estudo, utilizou-se o Índice de GOHAI modificado, com três opções respostas: “sempre”, “às vezes” ou “nunca”, para as quais tem-se as pontuações 1, 2 e 3, respectivamente. Das doze perguntas que compõem o índice, existem questões positivas (3, 5 e 7) e negativas (1, 2, 4, 6, 8, 9, 10, 11 e 12). Quanto mais alto o valor, melhor é classificada a SB, e, portanto, melhor é a QVRSB, considerando-se a autopercepção do indivíduo para avaliação deste aspecto. Para a interpretação dos valores obtidos pelo Índice de GOHAI, as respostas de cada indivíduo são somadas, atribuindo-se pesos de 1 a 3. Para as perguntas com sentido positivo, os escores são invertidos, ou seja, o “nunca” recebe valor 1 e “sempre”, valor 3. Assim sendo, o escore final de cada indivíduo pode variar numa escala de 12 a 36 pontos, sendo que o maior escore indica a melhor autopercepção da SB e da QV do indivíduo.

Os escores finais são classificados como ótimo (34 a 36), moderado (31 a 33) e baixo (menor que 30) (SILVA; FERNANDES, 2001; AMARAL; ARAÚJO; AMARAL, 2019).

4.4 Organização e análise dos dados

Os dados coletados na pesquisa através dos formulários *online* foram tabulados em um banco de dados construído com o auxílio do *software Microsoft Office Excel*, versão 16.49, para construção de tabelas de contingência 2x2.

Realizou-se análise estatística descritiva e inferencial. A análise descritiva ocorreu por meio de frequências absoluta e relativa, média (χ), e desvio padrão (S). A análise inferencial foi realizada através de testes estatísticos paramétricos (ANOVA, teste T de Student e teste t de Welch), utilizando o *software Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, para investigar associações entre as variáveis descritivas e os questionários aplicados no estudo, considerando uma margem de erro de 5% com intervalo de confiança de 95%.

4.5 Procedimentos éticos

A pesquisa foi submetida ao CEP da Universidade Federal do Ceará, atendendo à resolução número 466/2012 (BRASIL, 2012) e à resolução nº 510/2016 (BRASIL, 2016) ambas do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovada sob o parecer nº 5.403. 884 (ANEXO D).

No TCLE (APÊNDICE A) foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e seus possíveis riscos (desconforto durante a entrevista, por exemplo), as características da entrevista a ser realizada, o sigilo dos dados obtidos e a livre decisão de participação do sujeito, desautorizando qualquer forma de pressão ou coação para essa colaboração. O TCLE foi exigido de todos os participantes da amostra, sendo devidamente assinado ou identificado por impressão dactiloscópica, em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa e uma arquivada pela pesquisadora.

Os idosos foram informados que caso sofressem algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, eles teriam direito a indenização, se o problema não pudesse ser resolvido. Caso fosse detectado algum problema de SB que exigisse atendimento odontológico, ele seria devidamente atendido pela eSB da UBS de referência, tendo direito a qualquer procedimento que nela seja ofertado.

5 RESULTADOS

Os resultados são apresentados de acordo com a sequência: perfil sociodemográfico da amostra, condições de saúde geral, condições de SB, autopercepção da SB, QV e correlações entre as variáveis estudadas, na forma de tabelas.

5.1 Variáveis sociodemográficas

O perfil socioeconômico e demográfico dos 101 idosos entrevistados, apresentado na tabela 1, revelou média de idade de 68,1 anos (6,3), sexo feminino (57,4%), autodeclarados pardos (48,5%), casados ou com companheiro (56,4%), 3 anos de estudo e renda mensal individual de 1 a 2 salários-mínimos (74,3%).

Tabela 1 – Características sociodemográficas de idosos (N=101). Horizonte, Ceará, 2022

Variáveis sociodemográficas	n	%
Idade (em anos completos) $\chi= 68,14$ $S= 6,37$		
60 - 69	61	60,40
70 - 79	33	32,67
80 anos ou mais	7	6,93
Sexo		
Feminino	58	57,40
Masculino	43	42,60
Condição de união		
Casado ou tem companheiro	57	56,40
Viúvo (a)	23	22,80
Separado ou divorciado	11	10,90
Solteiro(a)	10	9,90
Escolaridade $\chi= 3,03$ $S= 2,25$		
Nenhuma escolaridade	26	25,74
Um a três anos de estudo	27	26,73
Quatro a oito anos de estudo	47	46,53
Nove a 15 anos de estudo	1	0,99
Raça		
Parda	49	48,50
Branca	35	34,70
Preta	15	14,90
Amarela	2	2,00
Renda mensal		
Menos de 1 Salário Mínimo (SM)*	10	9,90
De 1 a 2 SM	75	74,30
Acima de 2 a 4 SM	3	3,00

Continua

Conclusão

Tabela 1 – Características sociodemográficas de idosos. Horizonte, Ceará, 2022

Variáveis sociodemográficas	n	%
Renda mensal		
Acima de 4 SM	1	1,00
Sem renda	12	11,90

Nota: *Um Salário-Mínimo (SM)= R\$ 1212,00

Fonte: Elaborado pela autora.

5.2 Variáveis de saúde geral

A tabela 2 mostra a frequência e porcentagem dos dados relacionados à saúde geral da amostra, majoritariamente autoavaliada como regular (52,5%), composta por ex-fumantes (48,5%) e portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) (62,4%). Alguns entrevistados relataram já terem positivado no exame de COVID-19 (31,7%).

Tabela 2 – Perfil de saúde geral de idosos (N=101). Horizonte, Ceará, 2022

Variáveis de saúde geral	n	%
Autoavaliação de saúde geral		
Muito ruim	2	2,00
Ruim	24	23,80
Regular	53	52,50
Boa	16	15,80
Muito boa	6	5,90
Hábito de fumar		
Ex-fumante	50	48,50
Nunca fumou	43	42,60
Fumante atual	8	7,90
HAS		
Não	38	37,60
Sim	63	62,40
DM		
Não	59	58,40
Sim	42	41,60
Covid-19 detectado por exame		
Não	69	67,30
Sim	32	31,70

Fonte: Elaborado pela autora.

5.3 Variáveis de saúde bucal

A tabela 3 apresenta a frequência e porcentagem das variáveis de SB, retratando uma amostra composta majoritariamente por edêntulos (64,9%), usuários de prótese dentária

(76,2%), com boa autopercepção de SB (46,5%) e que realizam a higiene oral duas vezes ao dia (49,5%).

Quando instigados a comparar o seu estado de SB atual com o de antes do início da pandemia, relataram estar aproximadamente igual (62,4%). A maioria dos entrevistados realizou a sua última consulta odontológica antes da pandemia (62,4%).

Tabela 3 – Perfil de saúde bucal de idosos (N=101). Horizonte, Ceará, 2022

Variáveis de saúde bucal (n=101)	n	%
Autoavaliação de SB		
Boa	47	46,50
Muito boa	5	5,00
Muito ruim	5	5,00
Regular	29	28,70
Ruim	15	14,90
Frequência diária de higiene bucal		
1 vez	20	19,80
2 vezes	50	49,50
3 ou mais vezes	28	27,70
Nenhuma	3	3,00
Xerostomia		
Não	70	69,30
Sim	31	30,70
Problema dentário		
Não	65	64,40
Sim	36	35,60
Problema gengival		
Não	72	71,30
Sim	29	28,70
Edentulismo total		
Não	35	34,65
Sim, arcada superior	46	45,30
Sim, arcada inferior	20	19,60
Uso de prótese dentária		
Não	24	23,80
Sim, apenas parcial inferior	3	3,00
Sim, parcial inferior, sim, total superior	5	5,00
Sim, apenas parcial superior	10	9,90
Sim, parcial superior, sim, parcial inferior	3	3,00
Sim, apenas total superior	22	21,80
Sim, total superior, sim, total inferior	34	33,70

continua

conclusão

Tabela 3 – Perfil de saúde bucal de idosos (N=101). Horizonte, Ceará, 2022

Variáveis de saúde bucal (n=101)	n	%
Estado atual de SB em relação à covid-19		
Aproximadamente igual	63	62,40
Com algumas melhoras	7	6,90
Muito melhor	3	3,00
Muito pior	9	8,90
Um pouco pior	19	18,80
Último acesso ao CD		
Antes da pandemia	63	62,40
Até 2 anos atrás	8	7,90
Até 1 ano atrás	3	3,00
Até 6 meses atrás	26	25,70
Motivação pra ir ao CD		
Nenhuma	40	39,60
Dor/desconforto em dentes e gengiva	25	24,80
Problemas com a prótese dentária	21	20,80
Consulta de rotina	15	14,90

Fonte: Elaborado pela autora.

5.4 GOHAI: Autopercepção da saúde bucal

A tabela 4 mostra a média e o desvio-padrão, os valores referentes a classificação pelo índice GOHAI em baixo (32,6%), moderado (17,8%) e alto (49,5%), onde se observa que a média global do índice foi 31,50 ($\pm 5,13$). Essa pontuação, quando aplicada à escala de interpretação para o índice, caracteriza uma classificação da percepção de SB considerada “moderada” sobre a QV dos idosos. Na mesma tabela estão os resultados obtidos para o questionário GOHAI, referente ao total da amostra, com distribuição da frequência e percentual relativo a cada uma das perguntas. Por meio dela, observa-se que o maior escore encontrado é referente à pergunta 3, onde 85,1% responderam que sempre são capazes de engolir confortavelmente. E o menor escore também se refere à mesma pergunta, onde 2% responderam que “nunca conseguem engolir perfeitamente”.

Tabela 4 – Distribuição dos valores obtidos do GOHAI e caracterização das perguntas e respostas da amostra de idosos (N=101). Horizonte, Ceará, 2022.

Variáveis	n	%	
GOHAI $\chi= 31,50$ $S= 5,13$			
Baixo (menor ou igual a 30)	33	32,67	
Moderado (31 a 33)	18	17,82	
Ótimo (34 a 36)	50	49,50	

Perguntas	Sempre	Às vezes	Nunca
Limitou o tipo e a quantidade de alimentos que come por causa de problemas com seus dentes ou próteses?	4 (4%)	41 (40,6%)	56 (55,4%)
Teve dificuldade em morder ou mastigar certos alimentos como carne firme ou maçãs	5 (5%)	39 (38,6%)	57 (56,4%)
Foi capaz de engolir confortavelmente?	86 (85,1%)	13 (12,9%)	2 (2%)
Percebeu que seus dentes ou próteses o impediram de falar como gostaria?	6 (5,9%)	19 (18,8%)	76 (75,2%)
Foi capaz de comer qualquer coisa sem se sentir desconfortável?	64 (63,4%)	34 (33,7%)	3 (3%)
Evitou contato com as pessoas por causa das condições de seus dentes e gengivas ou próteses?	6 (5,9%)	15 (14,9%)	80 (79,2%)
Sentiu-se contente ou feliz com a aparência de seus dentes e gengivas ou próteses?	69 (68,3%)	26 (25,7%)	6 (5,9%)
Precisou usar medicações para aliviar dor ou desconforto relacionados à boca?	8 (7,9%)	20 (19,8%)	73 (72,3%)
Aborreceu-se ou teve preocupações a respeito de problemas com seus dentes, gengivas ou próteses?	4 (4%)	37 (36,6%)	60 (59,4%)
Sentiu-se nervoso por causa de problemas com seus dentes, gengivas ou próteses?	5 (5%)	33 (32,7%)	63 (62,4%)
Sentiu-se desconfortável comendo diante de pessoas por causa dos seus dentes, gengivas ou próteses?	7 (6,9%)	20 (19,8%)	74 (73,3%)
Sentiu seus dentes ou gengivas sensíveis ao quente, ao frio ou aos doces?	12 (11,9%)	25 (24,8%)	64 (63,4%)

Fonte: Elaborado pela autora.

É importante salientar que, por serem perguntas com sentido positivo em relação à SB, a pontuação das questões 3, 5 e 7 são invertidas, ou seja, o valor de 3 é dado para a resposta “sempre” e o valor de 1 é dado para a resposta “nunca”.

5.5 WOQHOL-Bref: Qualidade de vida

A tabela 5 mostra os resultados da avaliação da QV obtidos através do WHOQOL-Bref, referente ao total da amostra, com distribuição da frequência, do valor mínimo e máximo, média e desvio padrão referente às duas primeiras perguntas e aos quatro domínios. Os idosos avaliaram sua QV geral (3,71) e sua satisfação com a saúde (3,54) de forma regular. O domínio que apresentou maior escore médio (4,037) foi o de relações sociais e o que apresentou menor escore médio (3,149) foi o domínio físico. Apenas no domínio relações sociais eles referem boa QV, os demais (domínios físico, psicológico e meio

ambiente) apontam QV regular. O domínio relações sociais envolve atividade sexual, suporte (apoio) social e relações pessoais.

Tabela 5 – Distribuição dos valores obtidos do WHOQOL-Bref da amostra de idosos (N=101). Horizonte, Ceará, 2022.

Estatísticas descritivas whoqol-bref					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
1. Percepção de qualidade de vida	101	1,000	5,000	3,710	0,967
2. Satisfação com a saúde	101	1,000	5,000	3,540	1,005
Domínio físico	101	1,000	4,290	3,149	0,602
Domínio psicológico	101	2,170	5,000	3,941	0,620
Domínio relações sociais	101	1,330	5,000	4,037	0,755
Domínio meio ambiente	101	2,000	5,000	3,875	0,628

Fonte: Elaborado pela autora.

O WHOQOL-Brief apresenta normalidade, um dos requisitos para se utilizar testes estatísticos paramétricos no estudo dos dados.

Tabela 6 – Teste de normalidade

	Testes de Normalidade					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	Gl	Sig,	Estatística	Gl	Sig,
WHOQOL-Bref - total de pontos	0,085	101	0,069	0,973	101,000	0,035

^a Welch

Fonte: Elaborado pela autora.

5.6 Correlação entre os questionários aplicados com as variáveis sociodemográficas e de saúde

A tabela 7 apresenta a correlação estatística entre a autopercepção de SB obtida através da aplicação do GOHAI, classificada em alta/moderada e baixa, e as variáveis sociodemográficas e de saúde.

Tabela 7 – Correlação entre o índice GOHAI e as variáveis sociodemográficas, de saúde geral e de saúde bucal (N=101). Horizonte, Ceará, 2022.

GOHAI					
Variáveis	Autopercepção Alta/Moderada (Acima de 30)		Autopercepção Baixa (Menor ou igual a 30)		p
	n	Resíduo Ajustado	n	Resíduo Ajustado	
					0,830 ^a
Feminino	40	0,4	24	0,4	
Masculino	18	0,4	15	0,4	
Condição de união					0,889*
Casado/companheiro	40	0,7	17	0,7	
Separado/divorciado	7	0,3	4	0,3	
Solteiro	6	0,5	4	0,5	
Viúvo	15	0,2	8	0,2	
Raça					0,401*
Amarela	2	1,0	0	1,0	
Branca	20	1,6	15	1,6	
Parda	35	0,9	14	0,9	
Preta	11	0,5	4	0,5	
Autoavaliação de saúde geral					0,294*
Muito ruim	1	0,5	1	0,5	
Ruim	17	0,4	7	0,4	
Regular	39	1,4	14	1,4	
Boa	8	1,6	8	1,6	
Muito boa	3	0,9	3	0,9	
Hábito de fumar					0,426*
Ex-fumante	33	0,1	16	0,1	
Fumante atual	7	1,3	1	1,3	
Nunca fumou	27	0,8	16	0,8	
HAS					0,517 ^a
Não	24	0,7	14	0,7	
Sim	44	0,7	19	0,7	
DM					1,000 ^a
Não	40	0,1	19	0,1	
Sim	28	0,1	14	0,1	
Covid-19 detectado por exame					0,379 ^a
Não	47	0,6	21	0,6	
Sim	21	0,2	11	0,2	
Autoavaliação de SB					0,006*
Muito ruim	2	1,3	3	1,3	
Ruim	6	2,4	9	2,4	
Regular	17	1,2	12	1,2	
Boa	39	3,1	8	3,1	
Muito boa	4	0,6	1	0,6	
Frequência diária higiene bucal					0,280*
Nenhuma	1	1,3	2	1,3	
01 vez	12	0,8	8	0,8	
02 vezes	33	0,3	17	0,3	

Continua

Tabela 7 – Correlação entre o índice GOHAI e as variáveis sociodemográficas, de saúde geral e de saúde bucal (N=101). Horizonte, Ceará, 2022.

GOHAI					
Variáveis	Autopercepção Alta/Moderada (Acima de 30)		Autopercepção Baixa (Menor ou igual a 30)		<i>p</i>
	n	Resíduo Ajustado	n	Resíduo Ajustado	
03 vezes ou mais	22	1,5	6	1,5	
Xerostomia					0,250 ^a
Não	50	1,3	20	1,3	
Sim	18	1,3	13	1,3	
Problema dentário					0,001 ^a
Não	51	3,2	14	3,2	
Sim	17	3,2	19	3,2	
Problema gengival					0,098 ^a
Não	52	1,7	20	1,7	
Sim	20	1,7	13	1,7	
Edentulismo total					0,141 ^a
Não	19	0,2	16	0,2	
Sim, arcada superior	34	1,3	12	1,3	
Sim arcada inferior	15	0,8	5	0,8	
Uso de prótese dentária					0,051*
Não	11	2,6	13	2,6	
Sim, parcial inferior	2	0,0	1	0,0	
Sim parcial inferior, total superior	5	1,6	0	1,6	
Sim, parcial superior	6	0,5	4	0,4	
Sim, parcial superior e inferior	1	1,3	2	1,3	
Sim, total superior	16	0,6	6	0,6	
Sim, total superior e inferior	27	1,8	7	1,8	
Estado atual de SB em relação à covid-19					0,007*
Muito pior	6	0,0	3	0,0	
Um pouco pior	7	3,1	12	3,1	
Aproximadamente igual	49	2,9	14	2,9	
Com algumas melhoras	5	0,2	2	0,2	
Muito melhor	1	1,3	2	1,3	
Último acesso ao CD					0,280*
Antes da pandemia	44	0,5	19	0,5	
Até 02 anos atrás	7	1,2	1	1,2	
Até 01 anos atrás	1	1,3	2	1,3	
Até 06 meses atrás	16	0,8	10	0,8	
Motivação para ir ao CD					0,222*
Consulta de rotina	10	0,1	5	0,1	
Dor/desconforto dentes e gengivas	15	0,9	10	0,9	
Problemas com prótese	18	2,0	3	2,0	
Nenhuma	25	0,8	15	0,8	

*ANOVA. ^a Welch

Fonte: Elaborado pela autora.

Houve associação estatística entre os resultados do GOHAI e os idosos que relataram ter algum problema dentário. No tocante as pessoas que referiram não ter problemas dentários, elas apresentam 4,1 mais chances de apresentar índice GOHAI alto/moderado do que os idosos que afirmaram ter problemas dentários.

Houve associação estatística também entre os resultados do GOHAI e o grupo que se autodeclarou estar em condição de SB pior ou aproximadamente igual a antes da pandemia. Os idosos que autodeclararam estar em condição de SB aproximadamente igual a antes da pandemia tem 6,03 mais chances de ser classificados com alto/moderado índice GOHAI do que quem acha que tais condições estão um pouco piores do que antes da pandemia.

Associação estatística também foi encontrada entre os resultados do GOHAI e com os dados daqueles que se autoavaliaram com a SB boa e ruim. A análise mostra que os idosos com autoavaliação de SB ruim tem 7,4 vezes mais chances de ser classificados com baixo índice GOHAI do que idosos com boa autoavaliação de saúde.

A tabela 8 apresenta a correlação estatística entre os domínios do WHOQOL-Bref e as variáveis sociodemográficas e de saúde.

Tabela 8 – Correlação entre os domínios do WHOQOL-Bref F e as variáveis sociodemográficas, de saúde geral e de saúde bucal (N=101). Horizonte, Ceará, 2022.

Variáveis	n	WHOQOL-Bref			p
		Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	
Sexo					0,810 ^b
Feminino	58	99,88	12,59	1,65	
Masculino	43	99,16	17,24	2,62	
Condição de união					0,278*
Casado/companheiro	57	100,84	14,74	1,95	
Separado ou divorciado	11	95,82	17,60	5,30	
Solteiro	10	94,40	16,60	5,25	
Viúvo	23	101,35	11,59	2,41	
Raça					0,375*
Amarela	2	104,50	3,53	2,50	
Branca	35	96,09	16,07	2,71	
Parda	49	101,18	13,40	1,91	
Preta	15	101,80	15,68	4,04	
Autoavaliação de saúde geral					0,791*
Muito ruim	2	86,00	32,52	23,00	
Ruim	24	99,29	15,75	3,21	
Regular	53	100,34	14,28	1,96	
Boa	16	97,38	14,32	3,50	
Muito boa	6	104,33	9,66	3,90	
Hábito de fumar					0,244*
Ex-fumante	49	101,12	12,40	1,77	
Fumante atual	8	104,75	15,06	5,32	

Continua

Continuação

Tabela 8 – Correlação entre os domínios do WHOQOL-Bref F e as variáveis sociodemográficas, de saúde geral e de saúde bucal (N=101). Horizonte, Ceará, 2022.

WHOQOL-Bref					
Variáveis	n	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	p
Hábito de fumar					0,244*
Nunca fumou	43	97,00	16,83	2,56	
HAS					0,434 ^b
Não	38	101,05	15,86	2,57	
Sim	63	98,68	13,96	1,75	
DM					0,006 ^b
Não	59	102,93	13,46	1,75	
Sim	42	94,86	15,16	2,34	
Covid-19 detectado por exame					0,079 ^b
Não	68	101,29	13,16	1,59	
Sim	32	95,75	17,25	3,05	
Autoavaliação de SB					0,482 ^a
Muito ruim	5	101,80	29,93	11,15	
Ruim	15	95,27	17,05	4,40	
Regular	29	98,45	11,07	2,05	
Boa	47	100,34	14,70	2,14	
Muito boa	5	109,60	13,57	6,07	
Frequência diária higiene bucal					0,666*
Nenhuma	3	102,33	7,57	4,37	
01 vez	20	101,95	15,51	3,47	
02 vezes	50	99,96	14,49	2,05	
03 vezes ou mais	28	96,89	15,16	2,86	
Xerostomia					0,010 ^b
Não	70	102,04	13,65	1,63	
Sim	31	94,00	15,58	2,79	
Problema dentário					0,837 ^b
Não	65	99,80	14,49	1,79	
Sim	36	99,17	15,20	2,53	
Problema gengival					0,736 ^b
Não	72	99,89	14,78	1,74	
Sim	29	98,79	14,62	2,71	
Edentulismo total					0,691*
Não	35	100,20	14,39	2,43	
Sim, arcada superior	46	98,28	15,27	2,25	
Sim, arcada inferior	20	101,45	14,20	3,17	
Uso de prótese					0,693*
Não	24	101,08	14,95	3,05	
Sim, apenas parcial inferior	3	96,00	22,71	13,11	
Sim parcial inferior, total superior	5	104,00	10,19	4,56	
Sim, apenas parcial superior	10	99,40	9,48	3,00	
Sim, parcial superior e inferior	3	91,33	21,57	12,45	
Sim, apenas total superior	22	96,86	16,31	3,47	

Continua

Tabela 8 – Correlação entre os domínios do WHOQOL-Bref F e as variáveis sociodemográficas, de saúde geral e de saúde bucal (N=101). Horizonte, Ceará, 2022. Conclusão

WHOQOL-Bref					
Variáveis	n	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	p
Uso de prótese					0,693*
Sim, total superior e inferior	34	100,71	14,58	2,50	
Estado comparado com antes da pandemia					0,349*
Muito pior	9	94,78	16,77	5,59	
Um pouco pior	19	97,63	10,61	2,43	
Aproximadamente igual	63	99,68	15,39	1,94	
Com algumas melhoras	7	109,43	10,34	3,90	
Muito melhor	3	101,00	21,79	12,58	
Última consulta com CD					0,178*
Antes da pandemia	63	97,11	113,83	1,74	
Até 02 anos atrás	8	101,63	18,72	6,62	
Até 01 anos atrás	3	100,67	7,02	4,05	
Até 06 meses atrás	26	104,58	15,51	3,04	

*ANOVA. ^a Welch ^b Teste T

Fonte: Elaborado pela autora.

Foi realizada correlação entre as variáveis idade e anos de escolaridade com a pontuação total e dos domínios do WHOQOL-Bref e dos escores do GOHAI, mas não houve correlações importantes e estatisticamente significantes.

Houve associação estatística ($p < 0.05$) entre os valores dos domínios do WHOQOL-Bref e as variáveis “xerostomia” e “diabetes mellitus”.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo mostra uma população de idosos funcionalmente independentes, por se tratar de pessoas que vêm até UBS voluntariamente à procura de algum serviço. Contudo é uma população predominantemente do sexo feminino (57,4%), com poucos recursos financeiros (74,3% vivem com até dois salários-mínimos), com um baixo grau de escolaridade (52,47% com menos de 4 anos de estudo). É importante ressaltar que, durante as entrevistas, percebeu-se que a renda mensal individual recebida pelo idoso é, em grande maioria, o sustento de toda a família, sendo a aposentadoria a fonte de renda mais comum.

Assim como em outros estudos brasileiros envolvendo idosos, identificou-se predominância feminina. Os resultados obtidos nesse estudo confirmam a tendência dos estudos relacionados com idosos, ao verificarem que, nos grupos, a participação masculina é inferior que a feminina. No Brasil, o número absoluto de mulheres idosas tem sido superior, quando confrontado com o de homens de 65 anos ou mais. O fenômeno da feminização pode ser observado nos países em desenvolvimento devido à sobremortalidade masculina em todas as faixas etárias em consequências de fatores de risco que assumem uma importância significativa como: fumo, álcool, acidentes de trabalho, homicídios e doenças cardiovasculares. Além disso, as mulheres tendem a buscar mais os serviços de saúde (DAMASCENO, 2010; SANTOS; CIANCIARULO, 2016; MELO, 2016).

O sexo feminino apresentou associação com maior impacto na QVRSB no estudo de Bastos et al. (2021). A sensibilidade feminina em relação às necessidades de SB é maior do que nos homens, as mulheres procuram mais frequentemente tratamentos odontológicos, por exemplo, tornando-as mais vulneráveis à perda dentária. O considerado número de mulheres idosas entrevistadas condiz com o perfil do usuário dos serviços de saúde brasileiros, formado predominantemente por indivíduos do sexo feminino.

Estudos relatam que pessoas idosas com menor escolaridade são mais frágeis, possuem força física comprometida, tem mais risco de depressão e são mais edêntulos, quando comparados aos de maior escolaridade. A baixa escolaridade, como a observada no estudo (3,03 anos em média), constitui-se uma condição social desfavorável, já que tem influência no acesso aos serviços de saúde, em oportunidades de participação social e na compreensão de seu tratamento e do seu autocuidado, sendo um fator limitante para a QV (BANIASADI *et al.*, 2021; OLIVEIRA *et al.*, 2021).

A maioria da amostra desse estudo não estudou ou concluiu apenas o primário. Embora esses resultados não tenham apresentado significância estatística, estão de acordo

com outros estudos brasileiros que encontram a parcela mais significativa de idosos entre analfabetos e com baixa escolaridade. A população idosa viveu o período escolar em que não havia a abrangência do ensino público de massa, logo esperava-se um nível baixo de escolaridade da amostra estudada (PORCIÚNCULA *et al.*, 2014; Melo 2016).

A escolaridade é um importante determinante sociodemográfico e sua associação com a QVRSB foi demonstrada em estudo anterior, no qual observou-se que o nível de escolaridade (≤ 8 anos) tem um efeito na QVRSB ruim, tendo esses indivíduos 1,23 vezes mais chances de ter QVRSB ruim (BANIASADI *et al.*, 2021), porém essa conclusão não foi encontrada por nossos estudos e nem pelos achados de Bastos R.S. *et al.* (2021).

Com relação à idade, verificou-se que 60,4% da amostra se enquadra na faixa etária entre 60 e 69 anos, o que corrobora os estudos de Damasceno (2010). Nesse contexto, o trabalho de Lindmark *et al.* (2021) de análise da QV dos idosos suecos, se contrapõe ao presente estudo, o qual teve amostra de indivíduos de 60 a 98 anos, ao constatar que a média de idade foi 78 anos. Provavelmente, uma das justificativas para esse fato é que, a idade considerada idosa pela OMS é estabelecida conforme o nível socioeconômico de cada nação. Em países em desenvolvimento, é considerado idoso aquele que tem 60 ou mais anos de idade. Nos países desenvolvidos, a idade se estende para 65 anos (WHO, 2002). Ademais, acredita-se que a QV no continente europeu seja superior à do Brasil, o que resulta em maior expectativa de vida e longevidade (DAMASCENO, 2010).

A maioria da amostra do presente estudo é casada ou tem companheiro (56,4%) mas esse resultado não teve associação estatística significativa em relação à QV e à autopercepção de SB. Idosos divorciados apresentaram no estudo de Colaço *et al.* (2020) maior impacto na QVRSB em comparação aos idosos casados, pois o desquite pode prejudicar a QV, assim como a viuvez.

A amostra do estudo foi predominantemente parda (48,5%). A exclusão social que é destinada aos negros configura a vulnerabilidade social, que os expõe à condição de maior risco. Esse conceito se relaciona com a produção de desigualdades que se refletem nas condições de inserção social, econômica, cultural e ambiental da população e que, por sua vez, determina a falta de equidade que leva os grupos, em desvantagem na sociedade, a sofrerem as consequências negativas de tal inserção. O consenso que há entre os autores é que o uso da variável raça/cor pode captar as desigualdades em saúde às quais grupos sociais estão expostos. Embora, no Brasil, as desigualdades sociais entre negros e brancos sejam gritantes, a falta de equidade determinada pela raça é tema pouco explorado na literatura da área de saúde (ARAÚJO, E.M. *et al.* 2009).

A SB e a saúde geral não devem ser consideradas separadas, pois vários mecanismos biológicos foram propostos, incluindo condições nas quais mediadores inflamatórios de distúrbios inflamatórios orais, como gengivite e periodontite, podem entrar na circulação e contribuir para a carga da inflamação sistêmica. As principais doenças crônicas e doenças bucais compartilham importantes fatores de risco, notadamente o tabaco, o consumo excessivo de álcool, alimentação rica em açúcares, obesidade e higiene pessoal insuficiente, todos eles são significativamente afetados por fatores socioeconômicos e ambientais (PETERSEN; OGAWA, 2018).

A revisão sistemática realizada por Baniyadi et al. (2021) observou que a má saúde geral tem um efeito negativo na QV entre os idosos, pois os indivíduos com saúde geral ruim foram 2,41 vezes mais propensos a também ter QVRSB ruim. Esses dados corroboram com os encontrados no nosso estudo, onde a amostra apresentou percentual considerável de presença de hipertensão arterial sistêmica (62,4%) e diabetes mellitus (41,6%), e autoavaliou sua saúde geral como regular (52,5%).

Melo (2016) apresentou correlação positiva entre a presença de hipertensão arterial sistêmica e a insatisfação com a SB entre os idosos avaliados, o que pode justificar-se pelo fato de que a presença da hipertensão arterial implica em medicações de uso contínuo que podem acarretar mudanças na cavidade bucal devido a seus efeitos adversos.

O acúmulo de sequelas de doenças, incapacidade, perda de autonomia e da QV podem ser trazidas pelo envelhecimento. No grupo avaliado foi observado alto número de portadores de hipertensão arterial sistêmica, corroborando com dados obtidos em outros estudos (PORCIÚNCULA *et al.*, 2014; SILVA, 2015; MELO, 2016).

Pacientes diabéticos possuem menor QV, tanto no âmbito físico como no emocional, quando comparados com indivíduos que não possuem a doença, o que se deve, principalmente, à mudança do estilo de vida que a doença gera. Tal fato está relacionado também às complicações presentes na ausência ou inadequação do tratamento, assim como à própria terapia farmacológica, às alterações de estilo de vida que são impostas e à ansiedade presente em grande parte desses pacientes. Assim, tais indivíduos têm que lidar com complicações físicas e mentais que a doença proporciona, causando prejuízo no modo de viver (RIBEIRO; RIBEIRO; GOMES, 2020).

A amostra é composta majoritariamente por ex-fumantes (48,5%). Baniyadi et al. (2021) observaram que os indivíduos com histórico de tabagismo tiveram 1,65 vezes mais chances de também ter uma QV ruim. O uso do tabaco é um importante fator de risco para a saúde periodontal e um fator comportamental importante para a perda dentária, em particular entre pessoas com alto consumo por muitos anos, além de ser o determinante mais importante

de câncer bucal e pré-câncer (PETERSEN; OGAWA, 2018). Os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de boca com base na literatura são: sexo, cor e idade (homens brancos com mais de 40 anos de idade); exposição à radiação solar; imunossupressão; infecção pelo vírus do Papiloma Humano (HPV) tipo 16; hábito de mascar betel (palmeira da Ásia e da África oriental); tabagismo e etilismo (INCA, 2021).

O perfil epidemiológico das doenças bucais da população brasileira em relação às diferenças regionais e às faixas etárias apresentou maior prevalência de cárie dentária em crianças e o edentulismo em idosos, ambas nas regiões Norte e Nordeste. É provável que isto se deva às características socioeconômicas e de menor acesso a bens e serviços básicos de SB. Já a doença periodontal apresenta-se com maior prevalência em adultos nas regiões Norte e Sudeste, podendo ser atribuída aos fatores sociodemográficos e a diversidade dos seus determinantes de cada região (FERNANDEZ et al., 2021). Tais dados corroboram com os resultados encontrados neste estudo, onde a amostra de idosos é composta inteiramente por edêntulos.

Os resultados do presente estudo reforçam o apontado na literatura sobre a precariedade da condição de saúde oral da população idosa em geral, resultante de um modelo de Atenção à SB excludente do grupo populacional idoso, pouco preventivo, centrado em práticas mutiladoras de elementos dentais, aliado a hábitos e comportamentos individuais, prejudiciais ao longo da vida (OLIVEIRA et al., 2021). A indicação de extrair os dentes remanescentes e, posteriormente, colocar prótese dentária, com o objetivo de acabar com um longo período de dor dentária, seria uma decisão clínica e social que tem diminuído consideravelmente em alguns países. A falta de dentes é uma falha grave na assistência à saúde, denotando uma responsabilidade compartilhada entre o autocuidado deficiente e o sistema de saúde que tem sido incapaz de promover a manutenção da dentição minimamente funcional (BASTOS et al., 2021).

Os idosos entrevistados autoavaliaram sua SB como boa (46,5%) e regular (28,7%). Quando instigados a comparar o estado de SB atual com o de antes da pandemia por COVID-19, os idosos relataram estar aproximadamente igual (62,4%). Talvez por não se perceberem com necessidades em SB, não procuraram assistência odontológica pública durante a pandemia (62,4%). O acesso às consultas por demanda espontânea, que refletem necessidade percebidas de SB, estão associadas com impactos na QVRSB. Os achados suportam que pessoas cujas demandas por cuidados em SB não foram acolhidas no contexto da APS tiveram prevalência significativamente maior de impactos na QVRSB. Assim, é razoável supor que a presença de uma fonte regular e acessível de cuidados primários à SB é parte relevante na explicação dos determinantes da QVRSB (BASTOS, 2018).

Segundo o levantamento epidemiológico sobre as Condições de SB da População Brasileira (Brasil 2011), a prevalência de utilização dos serviços odontológicos no serviço público foi de apenas de 28,9% na faixa de 65 a 74 anos (BRASIL, 2010). Pode-se imaginar que os usuários que não conseguem acesso nos serviços públicos quando estão com algum problema bucal ficam desassistidos e muitas vezes podem procurar uma alternativa de atendimento no setor privado à Saúde ou permanecer com o problema, tanto por dificuldades financeiras como de disponibilidade de procurar outra forma de acesso (BASTOS, 2018).

O edentulismo, definido como a perda parcial ou total de dentes naturais, é altamente prevalente entre idosos em todo o mundo e está fortemente associado a uma condição socioeconômica ruim. Nos países de baixa renda, o acesso aos serviços de SB não é abrangente e, portanto, os dentes são frequentemente extraídos em caso de dor ou desconforto (PETERSEN; OWAGA, 2018). Apesar da perda dentária ser importante no impacto da QVRSB, o acesso aos serviços de SB é um indicador que apresenta maior prevalência de impacto na QV quando comparado à perda dentária (BASTOS, 2018).

A contribuição dos dentes naturais para a função oral pode ser fracamente preditiva da autopercepção no Brasil, que observou que estes índices são altos mesmo para idosos com piores condições de perda dentária (MELO, 2016). Outros estudos sobre autopercepção de SB já haviam mostrado que a maioria dos idosos percebem sua condição bucal de maneira favorável, mesmo em condições clínicas não satisfatórias (SILVA; FERNANDES, 2001).

Dados do levantamento epidemiológico SB Brasil (BRASIL, 2010) demonstram que apenas 7,3% da população idosa brasileira não necessitam de próteses dentárias e que 87,5% utilizam algum tipo de prótese. É importante salientar que a alta prevalência de perda dentária detectada na amostra estudada indica a necessidade de reabilitação protética, mas 33,8% dos participantes ainda não tinham sido reabilitados. O estudo de Melo (2016) também encontrou achados semelhantes quanto a essa disparidade entre necessidade e real uso de prótese dentária.

Tal achado sugere que os idosos edêntulos sem reabilitação protética estão susceptíveis a problemas de mastigação e fala, que são mais prováveis em indivíduos sem dentes ou com poucos dentes, impactando na QV desse grupo. Baniasadi et al., (2021) concluíram que um maior número de dentes é considerado fator de proteção em relação à QVRSB. No entanto, ter mais dentes naqueles com acesso limitado aos serviços de saúde aumenta as chances de dor. O uso de prótese dentária foi determinado como fator de proteção para a QVRSB, mesmo após o controle de outras variáveis.

Quando questionados a respeito da motivação para ir à consulta odontológica, apenas 14,9% da amostra respondeu ir por hábito preventivo da consulta de rotina. Como já discutido acima, a maior parte procura atendimento odontológico por causa de dor/desconforto nos dentes e gengivas (24,8%) ou ainda por apresentarem problemas com as próteses dentárias (20,8%). Um percentual considerável da amostra (39,6%) relatou não ter razão alguma para ir ao CD. Os motivos relatados para o não acesso à consulta odontológica pelos idosos entrevistados foram: a ideia de a consulta odontológica ser desnecessária para o desdentado; a questão do medo/nervosismo de CD; o desleixo com a SB; a dificuldade de acesso; a falta de tempo e a questão da pandemia. Registra-se que nesta população de idosos, questões sociais, culturais, de estilo de vida, bem como questões econômicas, criam barreiras que impedem o acesso à rede de atenção à saúde bucal, como relatado em estudo anterior (BULGARELLI; MESTRINER; PINTO, 2012).

As práticas odontológicas mutiladoras do passado responsáveis pelas altas taxas de edentulismo em idosos permanecem fixadas no conceito onde a dor é o principal motivo para a procura de atendimento odontológico. Tal pensamento raso acerca dos cuidados de SB muitas vezes acarreta prejuízos estéticos e funcionais para o indivíduo, pois o que poderia ser resolvido com prevenção odontológica e procedimentos simples transforma-se em tratamentos complexos de alto custo (MACHADO, 2018).

Os baixos níveis de escolaridade e a consequente limitação do conhecimento sobre a importância dos cuidados com a saúde, comumente atrelados às condições desfavoráveis de renda e moradia, constituem as principais barreiras de acesso dos idosos aos serviços odontológicos (TINÓS; SALES-PERES; RODRIGUES, 2013).

A demanda acumulada de tratamento e a alta prevalência de perda dentária desacompanhada de reabilitação protética dessa população, são resultados de uma história de modelo de SB individualista de baixa complexidade e pela ausência de programas específicos para esse grupo. A crença de que as consultas odontológicas são desnecessárias para indivíduos edêntulos também constitui um entrave para o acesso dos idosos aos serviços odontológicos (FERREIRA; ANTUNES; ANDRADE, 2013).

Ao se analisar a Tabela 3, observa-se maior uso de prótese total superior (60,5%), seguido de prótese total inferior (33,7%), o que está de acordo com os estudos de Damasceno (2010), que também constatou que o uso de prótese total é maior no arco superior. Tal achado pode ser um indicador de maior preocupação dos indivíduos com a estética do que com a funcionalidade, já que os dentes superiores costumam ser mais visíveis durante o sorriso do que a dentição inferior. Outra explicação possível é a de que a prótese inferior apresenta pior retenção e adaptação no rebordo inferior. O uso de próteses mal adaptadas que lesionaram

tecidos bucais causando desconforto ao falar ou mastigar é uma experiência negativa que pode levar o idoso a não utilizar prótese com receio de reincidência dos problemas vivenciados (MACHADO, 2018).

O estudo de Melo (2016) constatou que houve uma associação significativa ($p=0,030$) entre os idosos que faziam uso de próteses e a SB autopercebida, pois 73,3% consideraram como ótima sua SB. Em contrapartida, Baniasadi et al. (2021) encontraram associação positiva entre o uso de prótese e a má QVRSB entre os idosos. Entrevistados que usam dentaduras foram 1,41 vezes mais propensos a relatar QVRSB ruim.

Através das respostas negativas para problemas dentários (64,4%), problemas gengivais (71,3%) e para a última pergunta do questionário GOHAI (63,4%), percebe-se que, neste estudo, a dor de origem dentária e gengival não foi percebida fortemente pelos idosos. Bastos et al. (2021) consideraram uma hipótese que se aplica para este achado, a de que os dentes remanescentes dos idosos geralmente apresentam cárie em estágio crônico, portanto associada à dentina terciária formada a partir do estímulo da cárie dentária para proteger a polpa, minimizando a sensibilidade dolorosa.

A dor orofacial tem uma influência negativa na QV em pessoas com 65 anos ou mais. A doença bucal ativa afeta a QVRSB e é destacada na experiência de dor que impacta em uma variedade de tarefas físicas. A dor é conhecida por ter um impacto negativo no estado físico e mental de uma pessoa e no funcionamento social, o que significa que a reorientação dos serviços de SB é essencial para aliviar ou prevenir a dor em idosos. Como observado acima, a QVRSB pode estar associada à percepção da doença entre os idosos que podem interpretar mal os sintomas da doença bucal e assumir que nenhuma intervenção específica é necessária mesmo quando experimentam dor (BANIASADI *et al*, 2021; VAN DE RIJT, 2020).

A xerostomia pode ser compreendida como uma queixa subjetiva da boca seca comum em idosos, sendo clinicamente diagnosticada através do teste de sialometria. A causa principal da xerostomia em idosos é a utilização de certas drogas, como os antidepressivos tricíclicos, sedativos, anti-histamínicos, anti-hipertensivos entre outros. Além desse fator, também existe a hipofunção das glândulas salivares que pode acontecer com o avanço da idade ou devido à presença de doenças sistêmicas, como a diabetes mellitus. Essa condição pode acarretar dificuldade na mastigação, deglutição, fala e uso de próteses, além de sensação de queimadura ou mesmo dor local, assim como o aumento de chance de ter cárie, candidíase ou outras infecções oportunistas, em razão disso está negativamente associada à QVRSB. Em amostras populacionais de certos países, uma taxa de xerostomia em 30% foi relatada. Esse

percentual corrobora com o presente estudo, no qual 30,7% relataram apresentar sensação de boca seca. (SILVA et al., 2017; PETERSEN; OGAWA, 2018; VAN DE RIJT, 2020).

O instrumento GOHAI é muito utilizado em estudos epidemiológicos de SB para conhecer os impactos da condição oral na QV, por meio da autopercepção (DAMASCENO, 2010; MESKO, 2012; MACHADO, 2018; DANTAS, 2019; KREVE et al., 2020).

Em relação ao índice GOHAI, constatou-se que a pontuação média foi de 31,5, caracterizando uma autopercepção moderada a respeito de sua SB, embora os idosos desse estudo tenham classificado sua SB como boa (46,5%). Não houve diferença estatística significativa para as variáveis sociodemográficas e de saúde geral em relação a este índice. Porém, houve associação estatística significativa para as variáveis de SB “Problema dentário”, “Estado atual de SB em relação à COVID-19” e “Autoavaliação de SB”.

O estudo de Damasceno (2010) também encontrou discordância semelhante entre a média do GOHAI (27,13), considerada baixa, e a autoavaliação da SB (excelente) dos idosos avaliados. Diante disso, nota-se que os idosos não percebem como a perda dentária pode alterar sua saúde e interferir negativamente na sua QV, haja vista a deficiência de autopercepção da SB. O conceito de que os idosos apresentam baixo impacto negativo na QVRSB porque se adaptaram às dificuldades de sua condição bucal após muitos anos de vida foi corroborado também por Bastos et al. (2021).

No estudo de Dantas (2019), o edentulismo parcial e o uso de prótese dentária total apontaram impacto negativo na QV, também associado a um elevado índice de massa corporal, indicando uma ineficiência das funções mastigatórias por ausência dos dentes. O GOHAI apresentou pontuação que indica uma autopercepção negativa dos idosos em relação à associação: condição bucal e QV.

Pessoas com dentes ausentes, principalmente os edêntulos totais, fazem escolhas alimentares inadequadas; podem utilizar próteses inadequadas e impactar negativamente na QVRSB. No estudo de Bastos et al. (2021), o maior impacto negativo observado entre as dimensões do instrumento OHIP-14 foi na mastigação, seguido da preocupação e vergonha dos dentes, boca ou dentadura, sugerindo que os idosos atribuíam maior importância à função e à estética, aspectos fortemente relacionados com a falta de dentes e a necessidade de reabilitação oral.

Kreve et al. (2020), em um estudo com 136 idosos de um Centro de Revitalização, obtiveram achados de uma autopercepção em saúde oral considerada “ruim” de acordo com o índice GOHAI. Os principais fatores que levaram a esse resultado foram o desconforto em comer algum alimento, dificuldade de deglutição e insatisfação com sua condição bucal,

mostrando uma interrelação entre as três funções elementares: física, psicológica e presença de dor ou desconforto na QV dos idosos.

A perda dentária foi correlacionada com QVRSB ruim no estudo de Baniyadi et al. (2021). Isso foi verdade no caso do número de dentes perdidos variando de 6 a 17; no entanto, não foi determinante para aqueles participantes com maior número de dentes perdidos. A razão para relatar menos problemas associados a um número maior de dentes perdidos pode ser explicada pela teoria de que, à medida que envelhecem, os indivíduos são mais propensos a não considerar problemas de SB menores ou mesmo graves como cruciais para o bem-estar. Assim, eles frequentemente expressam um maior nível de satisfação com sua SB, o que pode ser apenas devido a níveis de expectativa mais baixos. Além disso, os idosos podem atribuir prioridades diminuídas à SB, em comparação com a saúde geral e, como resultado, relatam menos efeitos adversos da SB do que à saúde geral na QV.

Colaço et al. (2020) explicou o baixo impacto na QVRSB de fatores associados demonstrado no estudo através da adaptabilidade dos indivíduos a situações ou eventos do seu cotidiano. A literatura mostra que a maioria dos idosos considera sua capacidade de mastigação e SB adequadas, mesmo quando necessitam de tratamento odontológico ou quando usam prótese dentária. O fator cultural pode ser levado em consideração, pois a perda dentária é considerada normal, desde que ocorra o processo natural de envelhecimento. A ausência de dor aguda, mesmo na presença de dor crônica, pode desencadear uma adaptabilidade, levando o idoso a uma menor preocupação com sua condição. Nesse sentido, vários idosos que usam próteses dentárias insatisfatórias, que apresentam várias perdas dentárias ou que apresentam cáries e doenças periodontais podem não sentir o impacto na QVRSB.

Tais achados corroboram com os resultados encontrados neste estudo, onde a amostra de idosos é edêntula (100%), mas relatou baixo índice de problemas dentários (35,6%) e gengivais (28,7%).

Em contrapartida, a revisão sistemática de Yactayo-Albuquerque et al. (2021), mostra que a maioria dos estudos na América Latina e Central identificou uma relação negativa entre a presença e/ou gravidade das condições bucais e a QVRSB.

Dantas (2019), em um estudo transversal realizado no Rio Grande do Norte, avaliou o impacto do edentulismo na QV de idosos usuários da APS e concluiu que a falta de dentes demonstrou impacto negativo na QV dos idosos entrevistados, com um valor médio do GOHAI de 29,32 pontos, caracterizando uma baixa autopercepção da condição oral. Este achado encontra-se justificado com a insatisfação do idoso em relação a prótese dentária utilizada e as consequências da progressão do edentulismo. Observou-se, também, que a

presença de poucos dentes pode ser um dos motivos pelo qual a maioria dos idosos apresentaram um IMC acima do indicado para o peso e altura do idosos e presença de doenças crônicas não transmissíveis, como a diabetes e hipertensão, pois são condições associadas com os hábitos alimentares e a falta de dentes propicia um bolo alimentar menos triturado ou adoção de uma dieta rica em carboidratos e alimentos multiprocessados.

A avaliação da QV através do WHOQOL-Bref mostra que a QV geral e a satisfação com a saúde da amostra foi regular. Apenas no domínio relações sociais a avaliação foi boa, os demais domínios (físico, psicológico e meio ambiente) apontaram QV regular. O domínio relações sociais envolve atividade sexual, suporte social e relações pessoais.

Na análise dos diferentes domínios do WHOQOL-Bref, o domínio relações sociais teve o melhor ranking, seguido em ordem pelo psicológico, ambiental e físico. O estudo de Santos e Cianciaroulo (2016), que avaliou a QV de idosos na ESF no município de Guarulhos-SP, encontrou resultado divergente no tocante ao domínio social, que apresentou pior escore de QV. O estudo de Damasceno (2010) também encontrou piores escores para este domínio.

As relações sociais desempenham um papel imperativo, pois otimizam o suporte à saúde dos idosos. O apoio à saúde a partir do envolvimento de redes sociais (como família, amigos ou vizinhos) mostra que idosos isolados têm o pior estado dentário e fazem uso infrequente de serviços de SB em comparação com idosos com redes fortes e a implicação das relações sociais está independentemente associada a diversos comportamentos relacionados à saúde, incluindo visitas ao CD (PETERSEN; OGAWA, 2018).

Esse resultado indica que o idosos participantes deste estudo estão satisfeitos com o apoio social recebido, com suas redes sociais fortalecidas e estabelecidas relações de solidariedade e confiança formadas por amigos, parentes e vizinhos, grupos religiosos, associações de moradores e clubes recreativos.

Ressalta-se que, durante as entrevistas, o discurso do idoso enquanto autoavaliava sua QV estava bastante atrelado ao bem estar dos familiares e à presença de dor. Havia sentimentos de tristeza atrelado à saúde dos familiares, até certa indignação e revolta por não poderem fazer mais pela família, entregando tudo à responsabilidade divina com a frase “Deus é quem sabe”. Ficavam felizes em contribuir para o estudo, pois alguns diziam que “ninguém quer conversar com velho, pois quem traz conhecimento é o jovem.” Um idoso entrevistado relatou que “ser feliz é ter saúde e bom trato com a vizinhança.”

O suporte familiar contribui de maneira significativa para a manutenção e a integridade física e psicológica do indivíduo. Seu efeito é tido como benéfico, no membro da

família que o recebe, na medida em que o suporte é percebido como disponível e satisfatório (SANTOS; CIANCIAROULO, 2016).

De uma forma geral, pode-se argumentar que as pessoas que têm maior interação social vivem mais e com melhor saúde do que as pessoas com menor contato social. No entanto, ressalta-se que a qualidade dos contatos sociais é mais importante do que a quantidade. Os dados destacados indicam que habilidades sociais estão diretamente ligadas a uma melhor QV (DAMASCENO, 2010).

Ao se analisar o domínio psicológico avaliado pela amostra, o qual abrange questões relacionadas com autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos positivos e negativos e espiritualidade/crenças pessoais, verificou-se, durante as entrevistas, que os idosos não rejeitam seu envelhecimento e autovalorizam a sua imagem, várias vezes justificando o amor próprio como forma de gratidão a Deus pelo dom da vida. Essa autoestima positiva e aceitação da sua aparência física gera QV, corroborando com os achados de Damasceno (2010).

Ainda sobre o domínio psicológico, ao serem perguntados acerca da frequência dos sentimentos negativos, como mau humor, desespero, ansiedade e depressão (questão 26), 41 idosos responderam “frequentemente”, “muito frequentemente” ou “sempre”. Isso se justifica pelo fato de que, do ponto de vista experiencial, o idoso está numa situação de perdas continuadas, sejam elas perdas sociais, funcionais e econômicas. A perda de entes queridos em decorrência da COVID-19 foi relatada com frequência pelos idosos com pesar.

Importante mencionar o peso da espiritualidade dos idosos durante a aplicação do questionário. Quando questionados pelo sentido da vida (faceta 6) ou satisfação consigo mesmo (faceta 19), eles respondiam passivamente “Se Deus quis assim, quem sou eu pra contestar.” A maioria avaliou positivamente como “bastante” e “extremamente” para a faceta 6 (n=84) e para a faceta 19 (n=87). É como se fosse um “pecado” não ser grato e avaliar como ruim essas duas perguntas do questionário.

É importante ressaltar que a aplicação do questionário WHOQOL-Bref propiciou criação de vínculos entre a pesquisadora principal e os idosos da comunidade, além do mais, aqueles com relatos depressivos que ainda não estavam sendo acompanhados por um profissional especializado foram encaminhados para a consulta com a psicóloga do NASF que atende na UBS estudada.

Para o domínio ambiental do questionário WHOQOL-Bref, a faceta que é importante destacar foi a de recursos financeiros (faceta 12), para a qual 63 idosos responderam com “nada” (1), “muito pouco” (2) ou “médio” (3), alertando para a dificuldade econômica que os idosos vivenciam ainda que seja uma amostra predominantemente (74,3%)

de aposentados. Isso pode ser explicado pela responsabilidade que recai sobre o idoso de sustento familiar, situação relatada por muitos durante as entrevistas.

O domínio físico do questionário WHOQOL-Bref avalia itens tais como: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação e capacidade de trabalho. Acredita-se que, por se tratar de uma amostra de idosos que estavam na UBS à procura de algum medicamento ou serviço, os itens desse domínio não receberam altos escores, acarretando o domínio menos pontuado na avaliação da QV pelos idosos.

Os fatores avaliados “xerostomia” e “diabetes mellitus” apresentaram associação estatística significativa com os domínios do WHOQOL-Bref.

A relação entre doença periodontal e diabetes mellitus é bidirecional, visto que pessoas com diabetes são mais propensas a ter bolsas periodontais mais profundas e maior perda de inserção do que pessoas que não tem diabetes. Por outro lado, a doença periodontal avançada é um fator de risco potencial para controle glicêmico ruim e complicações do diabetes (PETERSEN; OGAWA, 2018).

Os principais componentes da carga de doenças crônicas impactam negativamente na QV dos idosos. A QV é particularmente afetada pelo estado do dente, incluindo perda dentária severa e uso de próteses totais e parciais. Dor, desconforto, lesões de mucosas e condições xerostômicas relacionadas a múltiplas medicações podem diminuir a QV, pois os problemas prejudicam a vida diária e o bem estar. A xerostomia tem um impacto profundo em aspectos essenciais da vida, como fala, ingestão de alimentos e uso de próteses dentárias (PETERSEN; OGAWA, 2018).

A relação entre as variáveis de SB e a QVRSB, obtida pelo índice GOHAI, foi explorada neste estudo. Nossos achados mostram que os idosos que relataram ausência de problemas dentários apresentaram 4,1 mais chances de apresentar índice GOHAI moderado/alto do que os idosos que afirmaram ter problemas dentários. Observou-se que os idosos que se autodeclararam estar em condição de SB aproximadamente igual a antes da pandemia tem 6,03 mais chances de terem índice GOHAI moderado/alto do que aqueles que percebem sua condição oral um pouco pior que antes. A análise mostra ainda que os idosos que se autoavaliaram com SB ruim tiveram 7,4 mais chances de ser classificados com baixo índice GOHAI em comparação com os idosos com boa autoavaliação de SB.

Os achados de Baniyadi et al. (2021) mostram associação positiva entre baixo nível educacional ($\leq 8^{\circ}$ ano), ser casado, depressão, tabagismo, uso de prótese, saúde geral ruim, dor induzida por dentes, doença periodontal e má QV em idosos. Também observaram associação negativa entre CPO-D, idade igual ou superior a 75 anos com QV ruim.

Embora esse estudo seja considerado consistente, algumas fragilidades devem ser abordadas, como as limitações dos estudos transversais em estabelecer relações causais com um tempo de pesquisa. A utilização de um instrumento genérico de QV pode não avaliar aspectos mais específicos na terceira idade, a avaliação autorreferida de morbidades pode não refletir de modo fidedigno os diagnósticos dos indivíduos avaliados. A ausência de avaliação clínica para cárie dentária, doenças periodontais e disfunções temporomandibulares podem ser outras limitações.

Assim como no estudo de Oliveira et al (2019), o presente estudo apresenta limitações decorrentes da estratégia de amostragem por conveniência, das perdas amostrais e das adversidades próprias do contexto pandêmico da COVID-19. Em não sendo representativo para o município, pela seleção de conveniência dos participantes, os dados não podem ser generalizados. Também não foram exploradas, nesta pesquisa, as práticas assistenciais atualmente realizadas pela APS para os participantes. Isso seria interessante de ser investigado para a melhor compreensão do contexto de cuidado da pessoa idosa.

Sugere-se a continuidade de estudos sobre QVRSB dos idosos para que se construam melhores evidências sobre práticas de cuidado em SB na APS com repercussão positiva na QV desse grupo etário. O tamanho da amostra pequeno e a alta quantidade de estratificação das respostas podem ter sido as causas para as poucas associações encontradas entre as variáveis.

7 CONCLUSÕES

Os idosos que participaram deste estudo eram em sua maioria do sexo feminino; na faixa etária de 60 a 69 anos; casados ou com companheiro; com baixa renda familiar e escolaridade; portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus; ex-fumantes; edêntulos, usuários de prótese dentária; com baixo acesso à consulta odontológica na APS durante a pandemia e que autoavaliaram sua saúde geral como regular e a SB como boa.

Com este estudo, foi possível identificar características de SB dos idosos da UBS José Gomes da Silva Zumbi e conhecer a SB autopercebida destes indivíduos através do índice GOHAI, a qual foi classificada como moderada. Além disso, o índice GOHAI foi impactado positivamente por três fatores: ausência de problemas dentários, condição de SB aproximadamente igual a antes da pandemia e boa autopercepção de SB.

A avaliação do WHOQOL-Bref apresentou maior escore de QV no domínio relações sociais e o menor escore no domínio físico. A avaliação da QV geral e da satisfação com a saúde dos idosos foi regular, assim como em todos os domínios, exceto para o domínio “relações sociais” que foi avaliado como bom. O bem-estar na velhice está relacionado com o equilíbrio entre várias dimensões da QV. A presença de diabetes mellitus e a condição de xerostomia influenciaram de modo significativo as facetas da QV dos indivíduos idosos.

Conclui-se que os mesmos fatores pesquisados tiveram associações significantes distintas em relação à QV e à autopercepção de SB. Sugere-se a implementação de programas de educação em saúde para idosos com ações e estratégias voltadas para a melhoria da SB e QV, a fim de que possibilitem uma melhor percepção acerca do seu estado e maior inclusão desse grupo etário no sistema de saúde.

No que diz respeito ao tema proposto, há que se destacar, que as necessidades de cuidados em saúde de idosos são importantes e amplas, sendo preciso aprofundar com a realização de mais estudos abordando esta área de conhecimento. Após o fim da pandemia, acredita-se que a população idosa poderá ir às consultas odontológicas mais confiante e as futuras pesquisas no território poderão ter o acréscimo de avaliações clínicas, de modo a contribuir para um melhor entendimento da interação dos indicadores objetivos e subjetivos em saúde com a QV.

O presente estudo reforça a importância de uma perspectiva holística na APS para que a abordagem à pessoa idosa seja integral. É preciso aumentar o conhecimento dos idosos sobre sua SB para que tenham um julgamento apropriado do seu estado sanitário através de ações de educação, prevenção e promoção em SB que ultrapassem o limite da odontologia puramente clínica. É importante aprofundar sobre o tema a fim de se instituir ações de saúde

multidisciplinares a nível populacional que possibilitem maior inclusão de qualidade desse grupo etário no sistema público de saúde.

Estudos futuros poderão avaliar outras condições que também podem influenciar na QV, mas que não fizeram parte deste estudo, tais como o risco nutricional, uso de drogas medicamentosas/álcool e realização de atividade física. O trabalho interdisciplinar visando garantir a integralidade na assistência à saúde é a chave para cuidar de pessoas idosas na APS.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, A. P. C. **Qualidade de vida relacionada com a saúde oral**: Adaptação linguística e cultural do OHIP-14. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2014.
- ALMEIDA-BRASIL, C.C. *et al.* Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.5, p.1705-1716, 2017.
- AMARAL, R. M.; ARAÚJO, T. L. C.; AMARAL, R. C. Percepção dos idosos não institucionalizados em relação à saúde bucal. **J Health Sci Inst.**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 119-22, 2019.
- ARAÚJO, E. M. *et al.* A utilização da variável raça/cor em saúde Pública: possibilidades e limites. **Comunicação Saúde Educação**, v.13, n.31, p.383-94, out./dez. 2009.
- ATCHISON, K. A.; DOLAN, T. A. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. **J Dent Educ**, v. 54, n.11, p.680-7, nov. 1990.
- ATCHISON, K. A. General Oral Health Assessment Index. *In*: SLADE, G. D. (ed). **Measuring Oral Health and Quality of Life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology 1997.
- BANIASADI, K. *et al.* The Association of Oral Health Status and socio-economic determinants with Oral Health-Related Quality of Life among the elderly: A systematic review and meta-analysis. **Int J Dent Hygiene**, Local de Publicação, v. 19, p. 153–165, 2021.
- BASTOS, L. F. **Qualidade de vida relacionada à saúde bucal de usuários atendidos na Atenção Primária à saúde de Porto Alegre**. 2018. Dissertação (Mestrado em saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2018.
- BASTOS, R. S. *et al.* Impactos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal de idosos em domicílio: estudo transversal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 26, v. 5, p. 1899-1909, 2021.
- BENNADI, D.; REDDY, C. Oral health related quality of life. **Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry**, v.3, n.1, p.1-6, jan. 2013.
- BERTOLUCCI P. H. F. *et al.* O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuro-psiquiat.**, São Paulo, v. 52, p. 1-7, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Brasília, 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSEgestao.pdf. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2010. Seção 1, p. 89. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**: resultados principais. Brasília, DF: SVS; 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 59, jun., 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. 1 ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais e Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 41 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 07 de Abril de 2016. Regulamenta pesquisas na área de ciências humanas e sociais. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 44-46, mai., 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2020**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus**. 2022. Disponível em <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 01 dezembro 2022.

BULGARELLI, A. *et al.* Estudo das queixas sobre saúde bucal em uma população de idosos na cidade de Ribeirão Preto – SP. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 175-191, 2009.

BULGARELLI, A.; MESTRINER, S.; PINTO, I. Percepções de um grupo de idosos frente ao fato de não consultarem regularmente o cirurgião-dentista. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 97-107, 2012.

BUSS P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, vol.17, n.1, p. 77-93, 2007.

CASTRO, R. A. L.; PORTELA, M. C.; LEÃO, A. T. Adaptação transcultural de índices de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2275-2284, out. 2007.

CARMO, H.; FERREIRA, M. M. **Metodologia da investigação**: Guia para Auto-Aprendizagem. 2. ed. Lisboa: Universidade Aberta. 2008.

COLAÇO, J. *et al.* **Oral health-related quality of life and associated factors in the elderly: a population-based cross-sectional study.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v.25, n.10, p.3901-3912, 2020. Doi: 10.1590/1413-812320202510.02202019

DAMASCENO, A. M. **Qualidade de vida, saúde bucal e autopercepção de saúde bucal em uma amostra de idosos.** 2010. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2010.

DANTAS, L. R. de O. Impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica. **J Dent Pub H**, Salvador, v. 10, n. 1, junho/2019. Doi: 10.17267/2596-3368dentistry.v10v1.2243

DE OLIVEIRA, F. Interseccionalidade, discriminação e qualidade de vida na população adulta de Florianópolis -SC. 2019. Dissertação (Programa de Pós-graduação em saúde Coletiva) – Centro de Ciências da saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

DUARTE Y. A. O. *et al.* A visibilidade dos invisíveis: o olhar para os idosos vulneráveis durante e pós-pandemia da covid-19. *In*: SANTANA, R. F. (Org.). **Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19.**: Editora ABen: Brasília, DF, 2021. 171 p. (Serie Enfermagem e Pandemias, 5). <https://doi.org/10.51234/aben.21.e05.c11>

FERNANDEZ, M. S.; ROSA, J. A. A.; FERREIRA, G. S. Perfil epidemiológico das alterações bucais na população brasileira: revisão integrativa de literatura. **Revista Ciências e Odontologia**, Brasília, n. 5, v. 1, p. 29-37, 2021.

FERREIRA, C. O.; ANTUNES, J. L. F.; ANDRADE, F. B. Fatores associados à utilização dos serviços odontológicos por idosos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.47, n.3, p.90-97, 2013.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICK, E.; TRENTINI, C. M. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p.785-91, 2006.

FLECK, M. *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, jan./mar. 1999.

FLECK, M. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida “WHOQOL- Bref. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatric Res.**, v.12, p.189-198, 1975.

GIFT, H. C.; ATCHISON, K. A. Oral health, health, and health-related quality of life. **Medical Care**, v. 33, n.11, p.57-77, 1995.

GRIFFIN, S. O. *et al.* Burden of oral disease among older adults and implications for public health priorities. **American Journal of Public Health**, New Milford, CT, v. 102, n. 3, p. 411-418, mar. 2012.

HAIKAL, D. *et al.* Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3317-3329, 2011.

HENRIQUES, C. *et al.* Autopercepção das condições de saúde bucal de idosos do município de Araraquara – SP. **Cienc Odontol Bras**, v. 10, n. 3, p. 67-73, jul./set., 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios, 2017. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980>. Acesso em: 27 fev 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Horizonte. Censo demográfico 2010. IBGE, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/horizonte/panorama>. Acesso em: 20 out 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. Detecção precoce do câncer – Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer>. Acesso em: 15 dez 2022.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.1107-11, 2008.

KANDELMAN, D.; PETERSEN, P.; UEDA, H. Oral health, general health, and quality of life in older people. **Special Care in Dentistry**, v. 28, n. 6, p. 224-236, nov./dez. 2008.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos seccionais. *In*: MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2004. Cap. 9, p. 125-150.

KOENING, H. G. Ways of Protecting Religious Older Adults from the Consequences of COVID-19. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 28, n. 7, p. 776–779, 2020.

KREVE, S. *et al.* Autopercepção da saúde bucal de idosos. **Clin Lab Res Den**, São Paulo, p. 1-9, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2357-8041.clrd.2020.160816>

LIMA, C. R. M. *et al.* Contribuição para uma agenda de atenção básica de saúde em tempos de pandemia de covid-19. **P2P & inovação**, Rio de Janeiro, v. 7 n. 2, p.140-163, mar./ago. 2021.

- LIMA, D. L. F. *et al.* COVID-19 no estado do Ceará, Brasil: comportamentos e crenças na chegada da pandemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p.1575-1586, 2020.
- LOCKER, D., GIBSON, B. Discrepancies between self-ratings of and satisfaction with oral health in two older adult populations. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.33, n.4, p.280-8, 2005.
- LOW G.; MOLZAHN, A.E.; KALFOSS, M. Quality of life of older adults in Canada and Norway: examining the Iowa model. **West J Nurs Res**, v.30, n.4, p.458-76, 2008.
- MACIEL, J. A. C. *et al.* Análise inicial da correlação espacial entre a incidência de COVID-19 e o desenvolvimento humano nos municípios do estado do Ceará no Brasil. **Rev bras epidemiol**, Rio de Janeiro, v. 23, p.e200057, 2020.
- MACHADO, A. C. B. **Concentração de cortisol salivar, saúde bucal e qualidade de vida de idosos**. 2018. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, 2018.
- MARCHINI, L.; ETTINGER, R. L. COVID-19 and Geriatric Dentistry: What will be the new-normal? **Braz Dent Sci**, v. 23, n. 2: supp. 2, apr/jun 2020. Doi: 10.14295/bds.2020.v23i2.2226
- MARCIAS, A. V. G. **Avaliação das condições de saúde bucal em idosos asilados no município de Campos – RJ**. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008.
- MARTINS, A. *et al.* Uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1651-166, 2008.
- MATIOLI, G. *et al.* Atendimento domiciliar odontológico ao idoso em tempos de pandemia por COVID-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.13, n.4, 2021.
- MELO, A. C. M. de A. **Saúde bucal autopercebida e fatores associados em idosos longevos**. 2016. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.
- MELO, D. M.; BARBOSA, A. J. G. O uso do Mini-Exame do Estado mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. :3865-3876, 2015.
- MESKO, M. E. **Qualidade de vida relacionada à saúde bucal de usuários de prótese total e prótese parcial removível**. 2012. Dissertação (Mestrado em Odontologia na Área de Prótese dentária) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-18, 2000.
- MOREIRA, E. M. F; SOUSA, M. N. A. Olhares sobre o impacto do isolamento social à saúde mental do idoso. **Journal of Medicine and Health Promotion**, v.6, n.1, p.234-244, 2021.

MOURA, J. F. S. *et al.* COVID-19: A odontologia frente à pandemia. **Braz. J. Hea. Rev.**, v. 3, n. 4, p. 7276-7285 jul./aug. 2020.

NASCIMENTO, V.A. *et al.* Características clínicas e efeitos do Covid-19 nos pacientes idosos: uma revisão integrativa. **Arch Health Invest**, v. 9, n. 6, p. 617-622, 2020.

NOGUEIRA *et al.* Autopercepção de saúde bucal em idosos: estudo de base domiciliar. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.20, n.1: p.7-19, 2017.

NUNES, B. P. *et al.* Multimorbidade e população em risco para COVID-19 grave no Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n.12, p.e00129620, 2020.

OLIVEIRA, J. J. M. *et al.* O impacto do coronavírus (covid-19) na prática odontológica: desafios e métodos de prevenção. **Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health**, vol.esp.46, e3487, jun. 2020.

OLIVEIRA, T. F. S. *et al.* Saúde bucal de pessoas idosas domiciliadas acompanhadas na atenção primária: estudo transversal. **Rev. Bras. Geriat. Gerontol.**, v. 24, n. 5, e220038, 2021.

OMS. **Promoción de la salud: glosario**. Genebra: OMS, 1998.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, abr./jun. 2012.

PETERSEN, P.E. *et al.* Global oral health of older people – Call for public health action. **Community Dental Health**, Liverpool, v.27, n.4, p.257–268, 2010.

PETERSEN, E. P; OGAWA, H. Promoting oral health and quality of life of older people – The need for public health action. **Oral health prev dent**, v.16, n.2, p.11-124, 2018.

PORCIÚNCULA, R. D. C. R. da; *et al.* Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 315-325, 2014.

RIBEIRO, L. M. A.; RIBEIRO, T. M. A.; GOMES, I. C. P. Qualidade de vida em pacientes diabéticos: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo saúde/Electronic Journal Collection health.**, v.Sup., n.58, e4126. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e4126.2020>

RIGO, L.; *et al.* Satisfação com a vida, experiência odontológica e autopercepção da saúde bucal entre idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3681-3688, 2015.

ROCHA E. F. *et al.* Envelhecimento humano e desenvolvimento da doença periodontal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 26, p. e775, 18 jul. 2019.

SANTOS, G. S.; CIANCIARULO, T. I. Qualidade de vida de idosos na estratégia saúde da família. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, v. 4, n. 3, 2016.

SANTOS, G. B.; SILVA, C. V. P.; PACHÚ, C. O. Impactos da pandemia de covid-19 na saúde de idosos: uma revisão narrativa. *In*: SAMPAIO, E. C. (org). **Envelhecimento humano: Desafios contemporâneos**. 2 ed. Guarujá, SP: Científica Digital, 2020.

SILVA, H. P. R. *et al.* Abordagem das afecções bucais mais prevalente em idosos: uma revisão integrativa com foco na atenção primária. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2017; 20(3): 432-443.

SILVA M.F. *et al.* Ageismo contra idosos no contexto da pandemia da covid-19: uma revisão integrativa. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v.55, n.4, 2021. DOI: 10.11606/s1518-8787.2021055003082. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/184066>. Acesso em: 26 mai de 2021.

SILVA, P.A.B. *et al.* Ponto de corte para o WHOQOL-Bref como preditor de qualidade de vida de idosos. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v.48, n.3, p.390-7, 2014.

SILVA, Isabel Maria de Sousa Lopes. **Qualidade de vida e variáveis psicológicas associadas a sequelas de diabetes e sua evolução ao longo do tempo**. 2003. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação do Porto, Universidade do Porto, Porto, 2003. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/22933>. Acesso em: 26 de mai 2021.

SILVA, S. R. C.; FERNANDES, R. A. C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 349-355, 2001.

SCHERRER, G. *et al.* Quality of life of institutionalized aged with and without symptoms of depression. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2019, v. 72, suppl 2 [, p. 127-133. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0316>. Acesso em: 8 jun. 2021

SISCHO, L.; BRODER, H. L. Oral health-related quality of life: What, why, how, and future implications. **Journal of Dental Research**, v. 90, n. 11, p. 1264-1270, nov. 2011.

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

THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL). Development and general psychometric properties. **Soc Sci Med**, v. 46, n. 12, p. 1569-85, jun. 1998.

THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL). The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL. Quality of Life assessment. **Psychol Med** v.28, p.551-8, 1998.

TRENTIN, C. M.; CHACHAMOVICK, E.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida de idosos. *In*: FLECK, M. P. A. **Avaliação da qualidade de vida guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.218-235.

TUÑAS, I. T. C. *et al.* Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19): Uma abordagem preventiva para Odontologia. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 77, e1766, p. 1-6, 2020.

VAN DE RIJT, L. J. M. *et al.* **The Influence of Oral Health Factors on the Quality of Life in Older People: A Systematic Review.** *Gerontologist*, 2020, v. 60, n. 5, e378–e394. doi:10.1093/geront/gnz105

VARGAS, A.; VASCONCELOS, M.; RIBEIRO, M. **Saúde bucal do idoso: atenção ao idoso.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.

YACTAYO-ALBURQUERQUE, M. T. *et al.* Impact of oral diseases on oral health- related quality of life: A systematic review of studies conducted in Latin America and the Caribbean. **PLoS ONE**, v. 16, n. 6, e0252578, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252578>

WHO Active Ageing – A Policy Framework. **A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging.** Madrid, Spain, April, 2002.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar do estudo: **QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE BUCAL AUTOPERCEBIDA EM IDOSOS DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19**, tendo a profissional Priscilla Rolim Mendonça como pesquisadora responsável. Esse estudo objetiva analisar a qualidade de vida e a saúde bucal autopercebida de idosos do município de Horizonte-CE, durante a pandemia por COVID-19, e seus fatores relacionados.

Nessa investigação científica, você responderá a quatro questionários. No primeiro, o Mini-Exame de Estado Mental, você responderá a 11 perguntas para rastreio cognitivo. O segundo questionário é o formulário de entrevista, no qual serão coletados seus dados sociodemográficos, econômicos e informações gerais de saúde. No terceiro questionário, você responderá a 26 perguntas quanto a sua qualidade de vida. E no quarto questionário, serão 12 perguntas sobre a autopercepção da sua saúde bucal.

Ao participar desta pesquisa você não deverá ter nenhum benefício direto. Entretanto, espera-se que ela nos forneça dados importantes sobre a qualidade de vida e a saúde bucal dos idosos, melhorando a assistência nos serviços de saúde, pois permitirá o aperfeiçoamento dos conhecimentos dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF), visando promover bem-estar para a população idosa, de modo que esta possa recuperar e manter as condições bucais saudáveis necessárias para viver com qualidade.

Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa. E nenhum valor será pago por sua participação. Caso não participe vai continuar recebendo o mesmo tratamento e cuidados. Se aceitar participar, vamos pedir para que assine esse documento que diz sobre sua vontade de participar da pesquisa.

A pesquisa é de baixo risco. Os possíveis riscos são exposição de informações e/ou constrangimentos durante a realização da entrevista. A pesquisadora se compromete a diminuir esses riscos respeitando os preceitos éticos da resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, porém se você sentir algum desconforto durante o teste ou se mudar de ideia por outros motivos, fique à vontade para não responder as perguntas.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Seu nome não será mencionado em nenhum momento e os locais citados substituídos por outros, garantindo o anonimato de sua identidade. Os resultados poderão ser utilizados em eventos e publicações científicas.

A qualquer momento você poderá recusar a continuar participando da pesquisa, como também pode retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Garantimos que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a

identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. A qualquer momento você poderá ter acesso a informações referentes à pesquisa, pelos telefones/endereço dos pesquisadores.

Lembramos que você tem a liberdade de se recusar a participar e pode ainda deixar de responder em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum prejuízo. Além disso, ainda tem o direito de ficar com uma das vias do termo de consentimento. Sempre que quiser você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. Para isso, poderá entrar em contato com o orientador da pesquisa.

Endereço do pesquisador responsável pela pesquisa:

Nome: Priscilla Rolim Mendonça

Instituição: Universidade Federal do Ceará – Depto. de Enfermagem

Endereço: Rua Alexandre Braúna, 1115 –Rodolfo Teófilo – Fortaleza - CE

Telefones p/contato: 85 999958571

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 – Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8346/44. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Horizonte-CE, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa

Data Assinatura

Nome do pesquisador principal

Data Assinatura

Nome do profissional
que aplicou o TCLE

Data Assinatura

Para participante analfabeto:

Assinatura Datiloscópica
(se não alfabetizado)

Presenciamos a solicitação de consentimento,
esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do participante.
Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Nº DO QUESTIONÁRIO:

DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO:

Nome:

Data de Nascimento:

ACS responsável:

Endereço:

Telefones para contato:

Entrevistador:

Data da entrevista:

FATORES SÓCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS

Idade (anos completos):

Sexo: () Masculino () Feminino

Condição de união

- () Solteiro(a)
 () Casado(a) ou tem companheiro(a)
 () Viúvo(a)
 () Separado(a) ou divorciado(a)

Escolaridade (anos de estudo)

- () Nenhuma escolaridade
 () 1 a 3 anos de estudo
 () 4 a 8 anos de estudo
 () 9 a 15 anos de estudo

Rendimento mensal:

- () Sem renda
 () Menos de 1 salário mínimo
 () De 1-2 salários mínimos
 () Acima de 2 a 4 salários
 () Acima de 4 salários

Raça:

- () Branca
 () Parda
 () Preta
 () Amarela
 () Indígena

INFORMAÇÕES DE SAÚDE GERAL

Autoavaliação de saúde geral

- () Muito ruim
 () Ruim
 () Regular
 () Boa
 () Muito boa

Hábito de fumar

- () não fumo
 () ex-fumante
 () fumante atual

Doenças Sistêmicas

- () HAS () DM

Você teve COVID-19? ()SIM ()NÃO

INFORMAÇÕES DE SAÚDE BUCAL

Frequência diária de higiene bucal () nenhuma
() 1 vez
() 2 vezes
() 3 ou mais vezes

Autoavaliação de saúde bucal () Muito ruim
() Ruim
() Regular
() Boa
() Muito boa

Xerostomia () Sim () Não
Problema dentário () Sim () Não
Problema gengival () Sim () Não

Edentulismo total () Não
() Sim, arcada superior
() Sim, arcada inferior

Uso de próteses dentárias

	Superior	Inferior
Parcial		
Total		

Estado atual de saúde bucal em relação à COVID-19 () Muito melhor
() Com algumas melhoras
() Aproximadamente igual
() Um pouco pior
() Muito pior

Último acesso ao CD () Até 6 meses atrás
() Até 1 ano atrás
() Há mais de 1 ano
() Antes da pandemia

Motivação para ir ao CD () Dor de dente
() Dor na gengiva

- () Utiliza dentadura
- () Por rotina
- () Não marca. Motivo:

ANEXO A – MEEM

Mini-Exame do Estado Mental – MEEM INSTRUÇÕES:

DOMÍNIOS		ERRADO	CERTO	
1. Orientação temporal (0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano	0	1
		Semestre ou hora aproximada	0	1
		Mês	0	1
		Dia do mês Dia da semana	0	1
2. Orientação espacial (0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado	0	1
		Cidade	0	1
		Bairro ou rua próxima	0	1
		Local geral - que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo NAI)	0	1
		Local específico - em que local nós estamos? (consultório)	0	1
3. Memória imediata (0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita se necessário (máximo 5x)	Caneca	0	1
		Tijolo	0	1
		Tapete	0	1
4. Cálculo	O (a) Sr (a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a)		
		Não (vá para 4b)		
4a. Cálculo (0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00, quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total de 5 subtrações ao todo)	$100 - 7 = 93$	0	1
		$93 - 7 = 86$	0	1
		$86 - 7 = 79$	0	1
		$79 - 7 = 72$	0	1
		$72 - 7 = 65$	0	1
4b. Cálculo (0 - 5 pontos)	Solettrar a palavra MUNDO de trás para frente	O	0	1
		D	0	1
		N	0	1
		U	0	1
		M	0	1
5. Memória de evocação (0 - 3 pontos)	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca	0	1
		Tijolo	0	1
		Tapete	0	1


6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio	0	1
		Caneta	0	1

7. Linguagem (0-1 ponto)	Repita a frase!	"NEM AQUI, NEM ALÍ, NEM LÁ".	0	1
-----------------------------	-----------------	------------------------------	---	---

8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	a) Pegue o papel com a mão direita;	0	1
		b) Dobre-o ao meio;	0	1
		c) Ponha-o no chão;	0	1

9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: "feche os olhos". Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	0	1
---------------------------	--	----------------	---	---

10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa. O comando é: ESCREVA UMA FRASE QUE TENHA COMEÇO, MEIO E FIM E FAÇA SENTIDO.	Uma frase com início meio e fim (não precisa ser longa). Implica na presença mínima do sujeito e do verbo, devendo ter sentido. Gramática e pontuação não são pontuadas.	0	1
----------------------------	--	--	---	---

11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		0	1
----------------------------	------------------	--	---	---

TOTAL DE PONTOS DOS 11 QUESITOS	MEEM _____
--	-------------------

Fonte: FOLSTEIN; FOLSTEIN & MCHUGH, 1975.

Classificação de comprometimento cognitivo segundo escolaridade

Analfabetos	Igual ou abaixo de 13
Baixa e média escolaridade	Igual ou abaixo de 18
Alta escolaridade	Igual ou abaixo de 26

Paciente atual	() Ausência de comprometimento cognitivo
	() Ausência de comprometimento cognitivo

Fonte: BERTOLUCCI et al., 1994.

ANEXO B – WHOQOL-Bref

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

Instruções

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

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

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

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

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3		5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito

2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---

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

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5

13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida	1	2	3	4	5

	sexual?					
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO C – GOHAI**Índice de Determinação da Saúde Bucal Geral**

Nos últimos 3 meses, qual a frequência com que o senhor ou a senhora:
(Assinalar apenas um quadradinho em cada pergunta.)

1. Limitou o tipo e quantidade de alimentos que come por causa de problemas com seus dentes ou próteses? Sempre () Às vezes () Nunca ()
2. Teve dificuldade em morder ou mastigar certos alimentos como carne firme ou maçãs? Sempre () Às vezes () Nunca ()
3. Foi capaz de engolir confortavelmente? Sempre () Às vezes () Nunca ()
4. Percebeu que seus dentes ou próteses o (a) impediram I de falar como gostaria? Sempre () Às vezes () Nunca ()
5. Foi capaz de comer qualquer coisa sem se sentir desconfortável? Sempre () Às vezes () Nunca ()
6. Evitou contato com as pessoas por causa das condições de seus dentes e gengivas ou próteses? Sempre () Às vezes () Nunca ()
7. Sentiu-se contente ou feliz com a aparência de seus dentes e gengivas ou próteses? Sempre () Às vezes () Nunca ()
8. Precisou usar medicações para aliviar dor ou desconforto relacionados à boca? Sempre () Às vezes () Nunca ()
9. Aborreceu-se ou teve preocupações a respeito de problemas com seus dentes, gengivas ou próteses? Sempre () Às vezes () Nunca ()
10. Sentiu-se nervoso (a) por causa de problemas com seus dentes, gengivas ou próteses? Sempre () Às vezes () Nunca ()
11. Sentiu-se desconfortável comendo diante de pessoas por causa dos seus dentes, gengivas ou próteses? Sempre () Às vezes () Nunca ()
12. Sentiu seus dentes ou gengivas sensíveis ao quente, ao frio ou aos doces? Sempre () Às vezes () Nunca ()

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE BUCAL DE IDOSOS DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19

Pesquisador: PRISCILLA ROLIM MENDONÇA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58069722.4.0000.5054

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.403.884

Apresentação do Projeto:

O aumento da população com mais de 60 anos é um fenômeno global e essa mudança do perfil demográfico mundial é um tema que vem suscitando diversas investigações, principalmente no que diz respeito à qualidade de vida dos idosos. Estudos mostram que uma situação bucal precária pode acarretar repercussões negativas na qualidade de vida dessa população, pois apesar das doenças bucais usualmente não serem fatais, elas afetam a mastigação, fonação, estética e as relações interpessoais, prejudicando as atividades diárias do idoso. Apesar dos esforços de uma odontologia preventiva e social, ainda existe no imaginário coletivo a ideia de que idosos não necessitam de assistência odontológica. Dentre os fatores citados na literatura que justificam o baixo acesso da população idosa aos serviços de saúde bucal está a falta de percepção das suas necessidades orais. As questões inerentes ao contexto pandêmico tais como o isolamento físico e social, a mudança na rotina e de hábitos diários, e a limitada oferta de atendimento odontológico podem ter impactado negativamente na saúde bucal e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos idosos. Portanto, este estudo tem como objetivo analisar a qualidade de vida e a saúde bucal de idosos do município de Horizonte-CE, durante a

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Telefone: (85)3366-8344

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 5.403.884

pandemia por COVID-19, e seus fatores relacionados. Trata-se de um estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa será realizada no território adscrito à ESF Zumbi III, cadastrada na UBS José Gomes da Silva, localizado na sede do município de Horizonte, e tem como população de referência 184 idosos residentes na área de abrangência da ESF do Zumbi III. A coleta de dados será realizada por uma equipe composta pela pesquisadora responsável, um graduando de Odontologia voluntário da Universidade Federal do Ceará e os sete Agentes Comunitários de Saúde da ESF Zumbi III. Os entrevistadores solicitarão o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido previamente à aplicação do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) para rastreio cognitivo dos idosos. Os dados do estudo serão coletados através de três questionários: o formulário de entrevista, o instrumento de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-Bref) e o índice de determinação da saúde bucal geral (GOHAI). Os questionários serão preenchidos em formato digital no smartphone ou tablet da equipe. Os dados serão coletados com o próprio idoso e serão enviados de forma online para a plataforma digital. O período da coleta de dados será de três meses, sendo cerca de 15 idosos entrevistados por semana. As informações coletadas na pesquisa serão organizadas em um banco de dados construído com o auxílio do software Microsoft Office Excel, versão 16.49, para construção de tabelas de contingência 2x2. Os dados serão transferidos para o programa de análise estatística SPSS®, (Statistical Package for the Social Sciences), versão 27. Serão aplicados o teste qui-quadrado de Pearson e o teste t de Student para investigar associações entre as variáveis, considerando uma margem de erro de 5% com intervalo de confiança de 95%. Este projeto será submetido ao comitê de ética em pesquisa da UFC

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a qualidade de vida e a saúde bucal de idosos do município de Horizonte-CE, durante a pandemia por COVID-19, e seus fatores relacionados.

Objetivo Secundário:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 5.403.884

- Descrever o perfil sociodemográfico, econômico e clínico relacionados a saúde bucal de idosos; • Conhecer a qualidade de vida de idosos; • Avaliar a saúde bucal autopercebida de idosos; • Identificar os fatores relacionados à qualidade de vida e saúde bucal autopercebida de idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa é de baixo risco. Os possíveis riscos são exposição de informações e/ou constrangimentos durante a realização da entrevista. A pesquisadora se compromete a diminuir esses riscos respeitando os preceitos éticos da resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, porém se você sentir algum desconforto durante o teste ou se mudar de ideia por outros motivos, fique à vontade para não responder as perguntas.

Benefícios:

Ao participar desta pesquisa você não deverá ter nenhum benefício direto. Entretanto, espera-se que ela nos forneça dados importantes sobre a qualidade de vida e a saúde bucal dos idosos, melhorando a assistência nos serviços de saúde, pois permitirá o aperfeiçoamento dos conhecimentos dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF), visando promover bem-estar para a população idosa, de modo que esta possa recuperar e manter as condições bucais saudáveis necessárias para viver com qualidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa importante pois irá avaliar a qualidade de vida e a saúde bucal de idosos do município de Horizonte-CE, durante a pandemia por COVID-19, e seus fatores relacionados

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos os documentos devidamente entregues e assinados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 5.403.884

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1894944.pdf	28/03/2022 11:40:03		Aceito
Orçamento	DECLARACAO_DE_ORCAMENTO_FINANCEIRO_preenchida.pdf	28/03/2022 11:38:59	PRISCILLA ROLIM MENDONCA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	28/03/2022 11:38:43	PRISCILLA ROLIM MENDONCA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodeanuencia.pdf	11/03/2022 13:59:20	PRISCILLA ROLIM MENDONCA	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Cartadesolicitacao.pdf	11/03/2022 13:57:31	PRISCILLA ROLIM MENDONCA	Aceito
Declaração de concordância	declaracaodeconcordancia.pdf	11/03/2022 13:56:15	PRISCILLA ROLIM MENDONCA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/03/2022 13:53:22	PRISCILLA ROLIM MENDONCA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_assinada.pdf	11/03/2022 13:19:36	PRISCILLA ROLIM MENDONCA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_priscilla_rolim.pdf	16/02/2022 12:00:54	PRISCILLA ROLIM MENDONCA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 12 de Maio de 2022

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br