



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Eleutério de Barros Lima Martins, Andréa Maria; Jones, Kimberly Marie; Silva Souza, João Gabriel;
Almeida Pordeus, Isabela

Associação entre impactos funcionais e psicosociais das desordens bucais e qualidade de vida entre
idosos

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 19, núm. 8, agosto, 2014, pp. 3461-3478

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63031151017>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Associação entre impactos funcionais e psicossociais das desordens bucais e qualidade de vida entre idosos

Association between physical and psychosocial impacts of oral disorders and quality of life among the elderly

Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins ¹

Kimberly Marie Jones ²

João Gabriel Silva Souza ³

Isabela Almeida Pordeus ⁴

Abstract This study sought to evaluate the association between the impact of oral disorders in terms of physical/psychosocial dimensions and quality of life among the elderly. It involved a cross-sectional study conducted among the elderly (65-74 years) in 2008/2009. The social impact was assessed using the Oral Health Impact Profile (OHIP 14) and the quality of life using the SF 12 Short-Form Health Survey. Descriptive, univariate and multivariate (logistic regression) analysis was conducted with correction for the design effect, using SPSS®18.0 software. Of the 800 individuals approached, 736 elderly individuals participated (TR = 92%), with a mean age of 67.77 years, the majority of whom showed no impact based on the measurement of the prevalence of OHIP. The functional limitation dimension of the OHIP was associated with the physical domain of the SF12, irrespective of the other variables investigated. However, the seriousness of OHIP and its psychological discomfort and disability dimensions was associated with the mental domain of the SF12. The conclusion reached is that some impacts of oral disorders were associated with unsatisfactory quality of life in the physical and mental domains.

Key words Quality of Life, Elderly individuals, Oral health, Health

Resumo Objetivou-se avaliar a associação entre o impacto das desordens bucais em suas dimensões física/psicossocial e a qualidade de vida entre idosos. Estudo transversal conduzido entre idosos (65-74 anos), em 2008/2009. O impacto foi avaliado através do Oral Health Impact Profile (OHIP 14) e a qualidade de vida, através do Short-Form Health Survey SF 12. Foram realizadas análises descritivas, univariadas e múltiplas (regressões logísticas), com correção pelo efeito de desenho, utilizando-se o PASW® 18.0. Dos 800 convidados, participaram 736 idosos (TR = 92%), com a média de idade de 67,77 anos, a maioria não apresentou impacto, a partir da medida da prevalência do OHIP. A dimensão limitação funcional do OHIP foi associada ao domínio físico do SF12, independentemente de outras variáveis investigadas. Já a gravidade do OHIP, as suas dimensões de desconforto psicológico e deficiência, foram associadas ao domínio mental do SF12. Conclui-se que alguns impactos das desordens bucais estiveram associados a uma qualidade de vida insatisfatória em seus domínios físico e mental.

Palavras-chave Qualidade de vida, Idoso, Saúde bucal, Saúde

¹ Departamento de Odontologia, Centro de Ciências Básicas e da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros. Av. Rui Braga SN, Vila Mauricéia, 39.401-089 Montes Claros MG Brasil. martins.andreameb@gmail.com

² Faculdades Unidas do Norte de Minas.

³ Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas.

⁴ Departamento de Odontopediatria, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais.

Introdução

A diminuição nas taxas de mortalidade, o declínio nas taxas de natalidade e a elevação da expectativa de vida devido às melhorias nos cuidados e nas políticas públicas de saúde contribuíram para o aumento da proporção de idosos no mundo^{1,2}. Essa transição demográfica gerou entre os idosos uma carga crescente de doenças com impacto negativo na sua qualidade de vida¹, definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) 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*³. A qualidade de vida avalia o impacto da doença e do tratamento na capacidade da pessoa para realizar atividades diárias, reconhece o valor da saúde de forma ampla, considerando a avaliação de outros fatores além do desconforto ou dor, trata-se de um conceito multiatributo que engloba diversas dimensões físicas, mentais ou funcionais, bem-estar psicológico e social^{1,4,5}. A avaliação da qualidade de vida exige que os profissionais de saúde repudiem um foco estrito da doença para uma abordagem mais ampla, ou seja, psicosocial. Investigações prévias buscaram identificar a relação entre o impacto da saúde geral^{6,7} e da saúde bucal^{8,9} na qualidade de vida.

A saúde bucal é parte da saúde geral e essencial para a qualidade de vida^{10,11}. O julgamento da saúde bucal tem sido conduzido a partir da avaliação centrada nas condições dentárias e/ou bucais denominadas condições objetivas ou normativas (conduzidas por cirurgiões dentistas, conforme normas pré-estabelecidas)¹². As condições normativas por si só não indicam o quanto a pessoa se sente afetada pela sua condição bucal¹³. Nesse contexto, alguns instrumentos foram desenvolvidos para avaliar questões subjetivas da saúde bucal¹⁴⁻¹⁶, entre eles destaca-se o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), em especial em sua forma abreviada, o OHIP-14¹⁵. O OHIP foi proposto para avaliar as percepções dos indivíduos sobre o impacto das desordens bucais em seu bem-estar, através de questões que abrangem sete dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência na realização das atividades cotidianas¹⁵.

Ele tem sido utilizado para avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida^{14,17-19}. Segundo Locker e Quiñonez⁹, os impactos capturados pelo OHIP parecem não afetar diretamente a qualidade de vida do indivíduo a qualquer grau apreciável, uma vez que podem não ter magnitude ou duração

suficiente para comprometer a qualidade de vida global. No entanto, os impactos consequentes das desordens bucais podem afetar as dimensões físicas e psicosociais da saúde bucal, havendo a possibilidade dessas dimensões comprometerem ou não a qualidade de vida⁹. Para verificar tal associação, Locker e Quiñonez⁹ avaliaram a qualidade de vida a partir de uma única questão criada por eles mesmos, não sendo identificados estudos que tivessem investigado essa associação a partir da utilização de questionário desenvolvido e validado para avaliar a qualidade de vida. Nessa perspectiva, é recomendada a investigação da existência de associação entre o impacto das desordens bucais em suas dimensões física/psicosocial com os domínios da qualidade de vida a partir de instrumentos desenvolvidos e validados para investigar essas questões entre idosos. Dessa forma, a presente investigação avaliou a possível associação entre o impacto das desordens bucais captadas pelo OHIP-14¹⁵ e a qualidade de vida de idosos avaliada a partir do *Short-Form Health Survey* (SF-12)²⁰.

Método

Estudo transversal analítico conduzido entre idosos (65-74 anos) de um município brasileiro de grande porte populacional, Montes Claros, Minas Gerais, entre 2008 e 2009²¹⁻²⁴, que utilizou os critérios de avaliação das condições de saúde bucal propostos pela OMS em 1997²⁵. A amostra estimada foi de 740 dentre 9929 idosos do município avaliado, definida considerando a prevalência estimada em 0,50, nível de confiança de 95%, erro amostral de 5,5%, *deff (design effect)* igual a 2,0, uma taxa de não resposta de 20%, para se compensar as possíveis perdas. Essa amostra foi complexa probabilística por conglomerados em dois estágios (setores censitários e quadras), foram selecionados 53 dos 276 setores censitários urbanos e duas das 11 áreas rurais, através de amostragem aleatória simples. Em seguida, também por amostragem aleatória simples, foram selecionadas as quadras em cada um dos 53 setores. Todos os domicílios das quadras selecionadas foram visitados. Na zona rural, os residentes em todos os domicílios, situados a uma distância de até 500 metros de uma instituição de referência, foram convidados a participar²⁴.

A coleta dos dados foi realizada por 24 cirurgiões-dentistas treinados e calibrados (Kappa inter/intraexaminadores e coeficiente de correlação intraclasse) para a realização das entrevistas

e exames intrabucais, realizados em ambiente amplo, sob iluminação natural, empregando-se espelho clínico bucal e sonda CPI previamente esterilizados²². Participaram da coleta de dados examinadores que apresentaram concordância $\geq 0,60$, conforme escala proposta por Fleiss²⁶ modificada por Cicchetti et al.²⁷. Os dados foram registrados em um programa de computador de mão, empregando-se o Programa Coletor de dados em saúde desenvolvido para essa pesquisa²³.

As variáveis dependentes do estudo foram os domínios físico e mental da qualidade de vida. Optou-se pelo uso da versão validada no Brasil do 12 - *Item Short-Form Health Survey* (SF-12)²⁰, composto por 12 itens que, considerando a percepção do indivíduo em relação aos aspectos de sua vida nas quatro últimas semanas, avalia o impacto da saúde geral na qualidade de vida nas dimensões da capacidade funcional, dos aspectos físicos, sociais e emocionais, da dor, da vitalidade e da saúde mental²⁰. Cada um dos 12 itens possui um conjunto de possíveis respostas distribuídas em uma escala tipo Likert, sendo possível, a partir da aplicação de um algoritmo próprio do questionário, com pontuações padronizadas e normatizadas, produzir escores de 0-100, onde valores iguais a 50 referem-se à população normal²⁰. Uma vez que a saúde e, portanto, a qualidade de vida são influenciadas pelos domínios físico (DF) e mental (DM), estes domínios são analisados em separado, cujos pontos de corte nos escores gerados foram 56,57 e 60,75, respectivamente, nos quais a qualidade de vida insatisfatória nos domínios referidos foram estimadas por valores superiores a esses pontos de corte²⁸.

Para avaliar o impacto das desordens bucais nas suas dimensões física e psicossocial, foi utilizada a versão traduzida e validada para a língua portuguesa e cultura brasileira do OHIP-14²⁹, composto por 14 questões. O OHIP-14 foi desenvolvido e permitiu a conservação das dimensões originais do OHIP-49 com boa confiabilidade, validade e precisão, tornando-se útil em estudos em que apenas um número limitado de questões pode ser aplicado¹⁵. Para cada pergunta do OHIP-14, os idosos foram convidados a responder sobre a situação da sua boca e dos seus dentes nos últimos seis meses. Para a codificação das respostas do OHIP, foi utilizada uma escala do tipo Likert, que aborda a frequência experimentada num impacto, como se segue: 0-nunca, 1-raramente, 2-às vezes, 3-repetidamente, 4-sempre. Para análise e interpretação dos impactos avaliados pelo OHIP-14, foi considerada a proposta de Locker e Quiñonez (2011). A prevalência do impacto foi

obtida pelas respostas repetidamente ou sempre a um ou mais itens do OHIP, a gravidade foi aferida pela soma de todos os escores, variando de 0 a 56, sendo que quanto maior o escore, maior é o impacto decorrente das desordens bucais sobre seu bem-estar. Sua extensão foi avaliada pela soma do número de itens com impacto, variando de 0 a 14, considerando as perguntas respondidas pelas opções repetidamente e sempre⁹.

As outras variáveis independentes foram referentes às características pessoais, à saúde geral, a comportamentos, a condições normativas e subjetivas de saúde bucal. As variáveis relativas às condições normativas e subjetivas de saúde geral foram presença de doenças crônicas (não, sim), uso de medicamentos (não, sim), versão validada e adaptada à cultura brasileira do Mini Exame do Estado Mental³⁰ (sem déficit cognitivo, com déficit cognitivo), atividade física (sempre ou frequentemente, ocasionalmente, raramente ou nunca), satisfação com a vida (satisfeito/muito satisfeito, nem satisfeito e nem insatisfeito, insatisfeito/muito insatisfeito). As características pessoais consideradas foram faixa etária em anos (65-68, 69-74), raça autodeclarada (branco, pardo/amarelo/negro/indígena), sexo (feminino, masculino), estado civil (casado/união estável, viúvo/divorciado, solteiro), escolaridade em anos de estudo (9 ou mais, 5-8, 0-4), renda *per capita* (mais de um salário, até um salário).

No grupo de comportamentos foram avaliadas a frequência diária da higiene bucal (mais de 2 vezes, 1 ou 2 vezes, nenhuma vez), hábitos tabagista e etilista atual ou passado (ausente, presente), serviço odontológico utilizado (Sistema Único de Saúde - SUS, outros serviços). Ressalta-se que o SUS é o sistema de saúde brasileiro que é baseado no princípio da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado³¹.

As condições normativas de saúde bucal avaliadas foram alterações da mucosa bucal (não, sim), presença de edentulismo (não, sim), uso de prótese dentária (não, sim), necessidade normativa de tratamento odontológico (não, sim). As condições subjetivas de saúde bucal foram percepção da saúde bucal, da mastigação, da aparência de dentes e gengivas e da fala devido aos dentes e gengivas (ótima/boa, regular, ruim/péssima), percepção do relacionamento devido à condição bucal (não afetado, afetado), percepção da necessidade de tratamento (sim, não); dor de dentes e gengivas nos últimos seis meses (não, sim) e satisfação com o atendimento odontológico (satisfeito, insatisfeito).

Para a análise dos dados, empregou-se o software *PASW® Statistics 18.0*. Realizou-se a correção

pelo efeito desenho, já que o estudo baseou-se em amostra complexa por conglomerados em dois estágios. Na análise descritiva incluiu-se a frequência absoluta (n), a frequência relativa (%) e a frequência relativa com correção pelo efeito de desenho (%^a), o erro padrão (%) e o *deff* para variáveis categóricas. Em seguida, foram conduzidas análises univariadas a partir do Teste Qui-quadrado. Foram incluídas nas análises múltiplas aquelas variáveis que apresentaram nível de significância (valor-p) igual ou inferior a 0,20. Foram feitas regressões logísticas para estimativa dos modelos múltiplos, ficaram retidos nos modelos os fatores que permaneceram associados ao nível de $p \leq 0,05$, com intervalos de 95% de confiança. Os princípios éticos desse estudo estiveram de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde-(S) do Brasil, nº196/96³², sob aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, CEP/Unimontes. Todos os participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Estimou-se a participação de 740 idosos, foram encontrados nos domicílios dos conglomerados sorteados 800 idosos. Destes, 736 (92%) aceitaram participar da investigação e foram avaliados. Observou-se que a média de idade foi de 67,77 anos (EP = 0,15), a maioria se enquadrava na categoria pardo/amarelo/negro/índigena, dentre os 736, 12 (1,6%) relatou nunca ter utilizado os serviços odontológicos (Tabela 1).

Identificou-se uma maior prevalência de qualidade de vida insatisfatória no domínio físico e satisfatória no domínio mental do SF 12. Os idosos foram caracterizados quanto às questões do SF 12 (Tabela 2).

Na avaliação do impacto das desordens bucais nas suas dimensões físicas e psicosociais, avaliada pelo OHIP-14, sua extensão apresentou média de 0,55, com desvio padrão de $\pm 1,57$ e mediana de 0,00, com valores que variam de 0 a 14. A gravidade do impacto obteve média de 6,18, desvio padrão de $\pm 8,41$ e mediana de 2,00. Identificou-se que a maioria dos idosos investigados não obteve impacto na avaliação pelo OHIP-14, a partir da medida de sua prevalência (Tabela 3).

Na análise univariada constatou-se que variáveis pertencentes ao OHIP, características pessoais, saúde geral, comportamentos e condições normativas e subjetivas de saúde bucal, estiveram estatisticamente associadas ($\leq 0,20$) aos domínios da qualidade de vida dos idosos (Tabela 4).

Nas análises múltiplas constatou-se que quanto ao domínio físico da qualidade de vida houve maior chance de qualidade de vida insatisfatória entre os que relataram limitação funcional (dimensão 1 do OHIP 14), presença de doença crônica, hábito etilista atual ou passado, ter utilizado serviços odontológicos prestados pelo SUS, presença de dor nos dentes nos últimos seis meses e menor chance de qualidade de vida insatisfatória entre os homens. Quanto ao domínio mental houve maior chance de qualidade de vida insatisfatória entre os que relataram maior gravidade do OHIP, desconforto psicológico (dimensão 2 do OHIP 14), deficiência (dimensão 7 do OHIP 14), uso de medicamentos, estar nem satisfeitos e nem insatisfeitos com a vida, estar insatisfeitos ou muito insatisfeitos com a vida (Tabela 5).

Discussão

Estudo prévio propõe que a utilização do OHIP-14, por si só, não permite o estabelecimento da associação direta entre qualidade de vida e saúde bucal⁹, visto que qualidade de vida é um termo frequentemente usado na literatura científica médica e social, que possui caráter multidimensional e é difícil de ser definido. Em algumas definições, qualidade de vida e saúde são termos indistinguíveis, porém, há um crescente reconhecimento de que a qualidade de vida refere-se a algo muito mais amplo do que a saúde³³. Na presente investigação foi testada a associação entre os impactos decorrentes das desordens bucais e a qualidade de vida, considerando possíveis fatores de confusão. A qualidade de vida, devido a seu caráter multidimensional, pode ser influenciada por diversos fatores, entre eles características pessoais, socioeconômicas e demográficas³⁴, condições normativas³⁵ e subjetivas⁹ de saúde.

Foi identificada associação entre o domínio físico da qualidade de vida e a dimensão – limitação funcional – da condição de saúde bucal. A expressão “saúde bucal” aborda um conjunto de condições normativas e subjetivas, que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação, exercitar a autoestima e relacionar-se socialmente. Essas condições devem ser percebidas pelo indivíduo de maneira favorável, uma vez que a saúde bucal é parte integrante da saúde geral e essencial ao bem-estar e à qualidade de vida das pessoas³⁶. A cavidade bucal tem sido historicamente dissociada do resto do corpo, quando se considera o estado geral de saúde. Questões funcionais relacionadas à saúde bucal, como

Tabela 1. Caracterização da população idosa de Montes Claros (MG), Brasil, 2008/2009, quanto às características pessoais, à saúde geral, aos comportamentos e quanto às condições normativas e subjetivas de saúde bucal. n = 736.

	n	%	Erro padrão		
			% ^a	%	Deff
Características pessoais					
Faixa etária (em anos)					
65-68	382	51,90	52,00	2,1	1,399
69-74	354	48,10	48,00		
Raça autodeclarada*					
Branco	246	33,60	32,60	3,8	5,416
Pardo/Amarelo/Negro/Indígena	487	66,40	67,40		
Sexo					
Feminino	423	57,50	56,50	2,3	1,778
Masculino	313	42,50	43,50		
Estado Civil					
Casado/União estável	449	61,00	64,50	3,5	4,502
Viúvo/Divorciado	246	33,40	30,60	3,1	3,762
Solteiro	41	5,60	4,80	1,1	2,132
Escolaridade (anos de estudo)					
9 ou mais	97	13,20	12,80	2,0	3,005
5-8	141	19,20	17,20	2,3	3,038
0-4	498	67,70	70,00	3,4	4,450
Renda <i>per capita</i> em salários mínimos ^b					
Mais de 1	217	30,50	29,00	3,7	5,246
Até 1	495	69,50	71,00		
Condições normativas e subjetivas de saúde geral					
Presença de doenças crônicas*					
Não	115	15,70	16,80	2,4	3,229
Sim	619	84,30	83,20		
Uso de medicamentos*					
Não	197	26,90	27,20	2,0	1,653
Sim	536	73,10	72,80		
Minimental (ajustado por escolaridade)*					
Sem déficit cognitivo	501	79,30	79,40	2,1	1,909
Com déficit cognitivo	131	20,70	20,60		
Atividade física*					
Sempre ou frequentemente	134	18,20	19,10	3,0	4,714
Ocasionalmente	134	18,20	18,20	2,6	3,746
Raramente ou nunca	467	63,60	62,70	4,2	6,213
Satisfação com a vida*					
Satisfeito ou muito satisfeito	605	82,50	82,50	2,2	2,819
Nem satisfeito e nem insatisfeito	103	14,00	14,30	1,9	2,428
Insatisfeito ou muito insatisfeito	26	3,50	3,10	0,9	2,032
Comportamentos					
Higiene bucal/Frequência diária*					
Mais de 2 vezes	324	44,70	43,00	3,7	4,497
1 ou 2 vezes	378	52,10	53,20	3,6	4,226
Nenhuma vez	23	3,20	3,80	1,4	4,648
Hábito tabagista atual ou passado*					
Ausente	477	64,90	64,90	2,6	2,509
Presente	258	35,10	35,10		
Hábito etilista atual ou passado*					
Ausente	460	62,70	61,10	3,0	3,137
Presente	274	37,30	38,90		
Serviço odontológico utilizado*					
SUS	232	32,40	34,60	4,6	7,433
Outros serviços	485	67,60	65,40		

continua

Tabela 1. continuação

	n	%	% ^a	Erro padrão				
				%	Deff			
Condições normativas de Saúde Bucal								
Alterações da mucosa [*]								
Não	585	82,50	82,20	2,5	3,503			
Sim	124	17,50	17,80					
Presença de edentulismo								
Não	292	39,70	38,10	2,8	2,682			
Sim	444	60,30	61,90					
Uso de prótese dentária [*]								
Não	148	20,20	20,20	2,8	3,839			
Sim	584	79,80	79,80					
Necessidade normativa de tratamento odontológico [*]								
Não	208	28,50	28,10	2,2	1,936			
Sim	523	71,50	71,90					
Condições subjetivas de Saúde Bucal								
Percepção da saúde bucal [*]								
Ótima ou boa	490	66,70	66,00	2,5	2,198			
Regular	208	28,30	28,70	2,1	1,826			
Ruim ou péssima	37	5,00	5,30	1,3	2,844			
Percepção da mastigação [*]								
Ótima ou boa	426	58,00	57,90	2,9	2,745			
Regular	197	26,80	27,50	1,3	0,718			
Ruim ou péssima	112	15,20	14,60	2,4	3,778			
Percepção da aparência de dentes e gengivas [*]								
Ótima ou boa	434	59,30	60,30	2,2	1,715			
Regular	195	26,60	26,40	1,9	1,498			
Ruim ou péssima	103	14,10	13,30	1,5	1,616			
Percepção da fala devido/dentes e gengivas [*]								
Ótima ou boa	564	76,80	78,00	2,5	3,098			
Regular	120	16,30	16,50	2,4	3,284			
Ruim ou péssima	51	6,90	5,50	1,0	1,706			
Percepção do relacionamento/condição bucal [*]								
Não afeta	522	71,30	69,10	5,0	9,655			
Afeta	210	28,70	30,90					
Percepção da necessidade de tratamento [*]								
Sim	424	58,20	60,50	2,9	2,918			
Não	305	41,80	39,50					
Dor em dentes e gengivas nos últimos seis meses [*]								
Não	558	76,20	77,30	2,6	3,099			
Sim	174	23,80	22,70					
Satisfação com atendimento odontológico [*]								
Satisffeito	646	90,70	92,00	1,4	1,971			
Insatisffeito	66	9,30	8,00					

^aValores estimados com a correção pelo efeito desenho. ^bBaseada no salário mínimo em 2008, no valor de R\$ 415,00 (Us\$ 173,64).

^{*}Variáveis que apresentaram “n” inferior a 736 devido à perda de informações.

necessidade de próteses dentárias, podem influenciar a associação entre o impacto das desordens bucais e a qualidade vida entre idosos brasileiros¹⁶. Os idosos brasileiros, assim como os participantes dessa investigação, possuem altas taxas de edentulismo e necessidade de tratamento odontológico³⁷, fatores que podem influenciar a mastigação, entre

outras limitações funcionais. Uma vez que entre os idosos investigados constatou-se associação entre limitação funcional e domínio físico da qualidade de vida, há necessidade de incrementar a oferta de serviços odontológicos especialmente no âmbito do SUS com o intuito de melhorar a qualidade de vida desses idosos.

Tabela 2. Distribuição da frequência da população idosa de Montes Claros (MG), quanto às questões do SF-12, 2008/2009, n = 736.

Variáveis	n	%	Erro padrão		
			% ^a	%	Deff
Qualidade de vida					
Domínio físico do SF12*					
Satisfatório	260	35,50	35,50	3,4	4,063
Insatisfatório	472	64,50	64,50		
Domínio mental do SF12*					
Satisfatório	594	81,10	81,50	1,8	1,744
Insatisfatório	138	18,90	18,50		
1- Em geral, o (a) Sr.(a) diria que a sua saúde é?					
Excelente	34	4,60	5,20	1,2	2,606
Muito Boa	99	13,50	15,80	3,5	7,717
Boa	221	30,10	28,90	2,1	1,768
Regular	300	40,90	40,00	3,3	3,647
Ruim	80	10,90	10,10	1,2	1,234
2 - O (a) Sr. (a) acha que sua saúde, agora, o dificulta de fazer algumas coisas do dia a dia, como por exemplo: atividades médias (como mover uma cadeira, fazer compras, limpar a casa, trocar de roupa).*					
Sim, muita dificuldade	117	15,90	15,00	2,1	2,922
Sim, pouca dificuldade	245	33,40	30,40	2,4	2,141
Não tive dificuldade	372	50,70	54,60	3,1	3,179
3 - O (a) Sr. (a) acha que sua saúde, agora, o dificulta de fazer algumas coisas do dia a dia, como por exemplo: subir três ou mais degraus de escada.*					
Sim, muita dificuldade	111	15,10	13,60	1,8	2,224
Sim, pouca dificuldade	249	33,90	32,00	2,6	2,452
Não tive dificuldade	374	51,00	54,40	3,3	3,638
4 - Durante as últimas 4 semanas, o (a) Sr.(a) teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou em suas atividades do dia a dia, como por exemplo: fez menos do que gostaria, por causa de sua saúde física.*					
Sim	377	51,40	51,00	2,9	2,777
Não	357	48,60	49,00		
5 - Durante as últimas 4 semanas, o (a) Sr.(a) teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou em suas atividades do dia a dia, como por exemplo: sentiu-se com dificuldade no trabalho ou em outras atividades, por causa de sua saúde física.*					
Sim	366	49,90	49,60	2,9	2,776
Não	368	50,10	50,40		
6 - Durante as últimas 4 semanas, o (a) Sr.(a) teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou em suas atividades do dia a dia, como por exemplo: fez menos do que gostaria, por causa de problemas emocionais.*					
Sim	244	33,30	32,50	2,5	2,336
Não	489	66,70	67,50		

continua

Foi constatado menor comprometimento no domínio físico da qualidade de vida entre idosos do sexo masculino, assim como em estudos prévios^{38,39}. Homens e mulheres desempenham papéis distintos na sociedade e tendem a ter diferentes

necessidades. Os homens são menos propensos a buscar a assistência médica ou a priorizar comportamentos de manutenção da saúde⁷. Sugere-se que a menor procura por serviços de saúde⁷ e a baixa percepção de problemas de saúde entre homens,

Tabela 2. continuação

Variáveis	n	%	Erro padrão		
			% ^a	%	Deff
7 - Durante as últimas 4 semanas, o (a) Sr.(a) teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou em suas atividades do dia a dia, como por exemplo: deixou de fazer seu trabalho ou outras atividades cuidadosamente, como de costume, por causa de problemas emocionais.*					
Sim	219	29,80	28,50	2,2	1,956
Não	515	70,20	71,50		
8 - Durante as últimas 4 semanas, alguma dor atrapalhou seu trabalho normal (tanto o trabalho de casa como o de fora de casa).*					
Extremamente	19	2,60	2,60	0,8	2,182
Bastante	97	13,20	13,60	1,8	2,362
Moderadamente	109	14,90	15,00	2,1	2,882
Um pouco	189	25,70	2,90	3,4	4,788
Nenhum pouco	320	43,60	41,90	3,1	3,187
9 - Quanto tempo durante as últimas 4 semanas o (a) Sr.(a) tem se sentido calmo(a) e tranquilo(a).*					
Nenhum pouco do tempo	9	1,20	0,90	0,3	1,104
Uma pequena parte do tempo	71	9,70	10,40	1,7	2,449
Alguma parte do tempo	109	14,90	15,00	1,6	1,566
Uma boa parte do tempo	139	18,90	19,50	2,1	2,206
A maior parte do tempo	335	45,60	44,80	3,9	5,126
Todo o tempo	71	9,70	9,20	1,9	3,670
10 - Quanto tempo durante as últimas 4 semanas o (a) Sr.(a) teve bastante energia.*					
Nenhum pouco do tempo	10	1,30	1,00	0,4	1,189
Uma pequena parte do tempo	79	10,80	10,90	1,5	1,808
Alguma parte do tempo	124	16,90	16,40	2,3	3,208
Uma boa parte do tempo	190	25,90	29,70	4,5	7,865
A maior parte do tempo	270	36,80	34,00	4,2	6,359
Todo o tempo	61	8,30	8,00	1,7	3,327
11- Quanto tempo durante as últimas 4 semanas o (a) Sr.(a) sentiu-se desanimado(a) e deprimido (a).*					
Todo o tempo	7	1,00	0,60	0,3	1,102
A maior parte do tempo	37	5,00	4,30	1,0	1,866
Uma boa parte do tempo	45	6,10	6,60	0,9	1,183
Alguma parte do tempo	108	14,70	14,70	2,0	2,686
Uma pequena parte do tempo	300	40,80	40,60	3,0	3,103
Nenhuma parte do tempo	236	32,10	33,10	2,5	2,254
12 - Durante as últimas 4 semanas, em quanto do seu tempo a sua saúde ou problemas emocionais atrapalharam suas atividades sociais, tais como: visitar amigos, parentes, sair, etc.*					
Todo o tempo	12	1,60	1,10	0,4	1,015
A maior parte do tempo	23	3,10	2,70	0,8	1,735
Uma boa parte do tempo	36	4,90	4,90	0,9	1,353
Alguma parte do tempo	75	10,20	9,00	1,4	2,068
Uma pequena parte do tempo	189	25,80	25,30	3,8	6,260
Nenhuma parte do tempo	398	54,40	56,90	3,3	3,638

Fonte: Banco de Dados do SB-MOC, 2008/2009. . *Variáveis que apresentaram "n" inferior a736 devido à perda de informações.

Tabela 3. Distribuição da frequência da população idosa de Montes Claros/MG, quanto ao OHIP 14, 2008/2009, n = 736.

Variáveis	n	%	% ^a	Erro padrão	Deff
Prevalência do OHIP Impacto					
Não	589	80,00	81,60	2,1	2,508
Sim	147	20,00	18,40		
Dimensão 1 – Limitação funcional*					
Não	683	93,20	94,20	1,1	1,894
Sim	50	6,80	5,80		
Dimensão 2 – Dor física*					
Não	655	89,40	91,10	1,5	2,144
Sim	78	10,60	8,90		
Dimensão 3 – Desconforto psicológico*					
Não	672	91,60	91,00	1,4	1,934
Sim	62	8,40	9,00		
Dimensão 4 – Incapacidade física*					
Não	683	93,10	93,40	1,0	1,300
Sim	51	6,90	6,60		
Dimensão 5 – Incapacidade psicológica*					
Não	689	94,00	95,00	1,2	2,600
Sim	44	6,00	5,00		
Dimensão 6 – Incapacidade social*					
Não	716	97,50	97,90	0,7	1,726
Sim	18	2,50	2,10		
Dimensão 7 – Deficiência*					
Não	712	97,00	96,50	1,0	2,357
Sim	22	3,00	3,50		
1 - Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentadura.*					
Nunca	530	72,3	72,40	4,1	6,949
Raramente	89	12,1	12,60	2,3	4,079
Às vezes	84	11,4	11,20	2,0	3,406
Repetidamente	20	2,7	2,90	0,9	2,247
Sempre	11	1,5	0,90	0,4	1,156
2 - Você sentiu que o sabor dos alimentos têm piorado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?*					
Nunca	541	73,9	72,90	5,7	13,467
Raramente	63	8,6	8,50	1,8	3,516
Às vezes	95	13,0	14,70	3,7	9,128
Repetidamente	16	2,2	2,40	0,8	2,231
Sempre	18	2,5	1,50	0,5	1,262
3 - Você já sentiu dores fortes na sua boca?*					
Nunca	520	71,0	70,30	4,0	6,127
Raramente	81	11,1	13,10	3,5	8,883
Às vezes	105	14,3	13,30	1,4	1,349
Repetidamente	15	2,0	1,80	0,6	1,529
Sempre	12	1,6	1,40	0,5	1,218
4 - Você tem sentido incômodo ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?*					
Nunca	421	57,4	57,70	5,1	8,532
Raramente	102	13,9	16,10	4,3	11,279
Às vezes	144	19,6	19,00	1,6	1,340
Repetidamente	39	5,3	4,20	0,8	1,338
Sempre	28	3,8	3,00	0,8	1,728

continua

Tabela 3. continuação

Variáveis	n	%	% ^a	Erro padrão	Deff
5 - Você tem ficado preocupado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?*					
Nunca	459	62,5	61,30	4,8	8,044
Raramente	88	12,0	13,40	2,9	5,984
Às vezes	130	17,7	17,10	2,4	3,350
Repetidamente	27	3,7	4,00	0,9	1,901
Sempre	30	4,1	4,30	1,3	3,140
6 - Você se sentiu estressado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?*					
Nunca	572	78,0	76,10	3,5	5,484
Raramente	67	9,1	11,00	2,7	6,223
Às vezes	69	9,4	8,70	1,3	1,746
Repetidamente	11	1,5	1,90	0,8	2,890
Sempre	15	2,0	2,30	0,7	1,863
7 - Sua alimentação tem sido prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?*					
Nunca	489	66,6	66,10	4,9	8,778
Raramente	85	11,6	13,20	3,0	6,321
Às vezes	113	15,4	14,30	2,3	3,367
Repetidamente	30	4,1	4,20	0,9	1,723
Sempre	17	2,3	2,10	0,7	1,910
8 - Você teve que parar suas refeições por causa de seus dentes, sua boca ou dentadura?*					
Nunca	598	81,5	82,60	2,1	2,450
Raramente	60	8,2	8,00	1,3	1,869
Às vezes	59	8,0	7,30	1,2	1,875
Repetidamente	15	2,0	2,00	0,8	2,607
Sempre	2	0,3	0,20	0,1	0,754
9 - Você tem tido dificuldades de relaxar por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?*					
Nunca	590	80,5	78,60	6,1	18,091
Raramente	67	9,1	11,70	4,9	18,607
Às vezes	62	8,5	7,90	1,8	3,601
Repetidamente	10	1,4	1,20	0,5	1,708
Sempre	4	0,5	0,60	0,4	1,877
10 - Você já se sentiu um pouco envergonhado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?*					
Nunca	531	72,3	71,40	5,5	12,152
Raramente	60	8,2	9,00	1,9	3,709
Às vezes	105	14,3	15,40	4,1	10,282
Repetidamente	13	1,8	1,50	0,5	1,452
Sempre	25	3,4	2,70	0,8	2,056

continua

podem influenciar a percepção dos mesmos sobre sua saúde. Assim, eles podem não perceber sua qualidade de vida comprometida, mesmo em situações nas quais tal comprometimento possa existir. Ressalte-se também a dupla jornada de trabalho entre as mulheres, que dividem suas tarefas entre aquelas referentes ao seu trabalho e ao seu papel familiar, gerando cansaço físico⁴⁰, situação

que pode gerar comprometimento no domínio físico da qualidade de vida.

O comprometimento na qualidade de vida no seu domínio físico foi maior entre idosos que relataram possuir doença crônica, essa associação foi previamente identificada^{6,7}. A prevalência de doenças entre idosos tem aumentado², entre elas, as crônicas podem causar incapacidades ou

Tabela 3. continuação

Variáveis	n	%	% ^a	Erro padrão	Deff
11 - Você tem estado um pouco irritado com outras pessoas por problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?*					
Nunca	649	88,4	89,40	1,6	2,203
Raramente	30	4,1	3,80	0,8	1,416
Às vezes	44	6,0	5,60	1,1	1,927
Repetidamente	8	1,1	0,80	0,3	0,988
Sempre	3	0,4	0,40	0,2	1,179
12 - Você tem dificuldade em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?*					
Nunca	635	86,5	85,60	3,6	8,475
Raramente	49	6,7	8,00	2,9	9,162
Às vezes	38	5,2	4,80	1,1	2,138
Repetidamente	8	1,1	1,30	0,6	2,016
Sempre	4	0,5	0,40	0,2	0,745
13 - Você já sentiu que a vida em geral ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?*					
Nunca	633	86,3	86,10	2,4	3,800
Raramente	28	3,8	4,60	1,9	6,523
Às vezes	51	6,9	5,80	1,2	2,153
Repetidamente	8	1,1	1,30	0,6	2,044
Sempre	14	1,9	2,10	0,7	1,820
14 - Você tem estado sem poder fazer suas atividades por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?*					
Nunca	688	93,7	92,90	1,9	4,656
Raramente	18	2,5	3,00	1,1	3,561
Às vezes	23	3,1	3,00	0,9	2,317
Repetidamente	3	0,4	0,90	0,7	4,831
Sempre	2	0,3	0,20	0,2	0,896

*Variáveis que apresentaram "n" inferior a 736 devido à perda de informações.

limitações funcionais e sociais na vida diária dos indivíduos⁴¹, ou seja, no domínio físico da qualidade de vida. Assim como as doenças crônicas podem interferir na qualidade de vida, a ingestão de bebida alcoólica que pode causar tais doenças⁴² também foi associada a um maior comprometimento do domínio físico da qualidade de vida. A ingestão de bebida alcoólica favorece a ocorrência de problemas sistêmicos, compromete aspectos funcionais, psicológicos e pode ainda evoluir para o óbito. Tal constatação explica a existência da associação entre esse hábito e o comprometimento da qualidade de vida. De forma controversa, em função da possibilidade de causalidade reversa nestas associações, estudo prévio identificou que idosos que não ingeriam bebida alcoólica pelo menos uma vez por semana apresentaram pior qualidade de vida do que os que ingeriam⁴³.

Quanto ao serviço de saúde utilizado, o comprometimento da qualidade de vida no domínio

físico foi maior nos idosos usuários do SUS. Desde 1988, o Brasil tem estabelecido um sistema de saúde dinâmico e complexo (SUS), baseado nos princípios da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. O SUS melhorou o acesso da população à atenção primária à saúde, entretanto, alguns desafios ainda precisam ser enfrentados, tais como a reforma de sua estrutura e financiamento, com o intuito de assegurar a universalidade, igualdade, integralidade e a qualidade da assistência. As pessoas que têm acesso a planos ou a seguros de saúde privados também utilizam os serviços disponibilizados pelo SUS, tais como vacinas e serviços de alto custo (procedimentos complexos)³¹, entretanto, parece que o acesso a serviços de saúde, especialmente os preventivos, é maior entre elas do que entre aquelas que não dispõem de planos ou seguros de saúde. Sugere-se que melhorias no SUS, quanto ao acesso, à estrutura e à liberdade na escolha do profissional, entre outros fatores,

Tabela 4. Análise univariada dos fatores associados ao impacto na qualidade de vida dos idosos de Montes Claros (MG), quanto aos domínios físico e mental, 2008/2009.

Variáveis	Domínio físico				Domínio mental			
	Sim	OR	IC 95%	p	Sim	OR	IC 95%	p
Gravidade OHIP	-	1,05	1,02-1,07	0,001	-	1,08	1,06-1,11	0,000
Extenção OHIP	-	1,31	1,05-1,64	0,016	-	1,55	1,29-1,85	0,000
Prevalência do OHIP Impacto								
Não	61,90	1,00			13,10	1,00		
Sim	75,60	1,90	1,11-3,25	0,019	42,10	4,82	2,99-7,79	0,000
Dimensão 1 – Limitação funcional ^a								
Não	63,00	1,00			16,00	1,00		
Sim	88,60	4,59	1,66-12,68	0,002	58,10	7,26	2,98-17,60	0,000
Dimensão 2 – Dor física ^a								
Não	63,10	1,00			16,40	1,00		
Sim	78,40	2,12	1,01-4,45	0,041	40,20	3,41	1,96-5,94	0,000
Dimensão 3 – Desconforto psicológico ^a								
Não	63,20	1,00			15,20	1,00		
Sim	77,40	2,00	1,01-3,92	0,041	51,90	6,02	3,22-11,25	0,000
Dimensão 4 – Incapacidade física ^a								
Não	63,2	1,00			16,40	1,00		
Sim	82,8	2,81	1,06-7,42	0,031	48,20	4,72	1,95-11,45	0,000
Dimensão 5 – Incapacidade psicológica ^a								
Não	64,00	1,00			17,00	1,00		
Sim	71,80	1,42	0,53-3,80	0,465	48,30	4,57	1,72-12,17	0,002
Dimensão 6 – Incapacidade social ^a								
Não	63,90	1,00			17,60	1,00		
Sim	91,30	5,95	1,24-28,42	0,012	61,80	7,57	2,29-25,06	0,000
Dimensão 7 – Deficiência ^a								
Não	63,60	1,00			16,40	1,00		
Sim	89,50	4,88	1,26-18,89	0,013	76,50	16,58	5,04-54,49	0,000
Características pessoais								
Faixa etária (em anos)								
65 a 68	61,70	1,00			17,10	1,00		
69 a 74	67,50	1,29	0,91-1,81	0,139	20,00	1,20	0,83-1,74	0,311
Raça autodeclarada								
Branco	67,70	1,00			17,90	1,00		
Pardo/Amarelo/Negro/Indígena	62,90	0,81	0,50-1,29	0,373	18,70	1,05	0,64-1,71	0,831
Sexo								
Feminino	68,40	1,00			22,00	1,00		
Masculino	59,40	0,67	0,47-0,96	0,030	14,00	0,57	0,36-0,92	0,022
Estado Civil								
Casado/União estável	61,60	1,00			17,90	1,00		
Viúvo/Divorciado	70,90	1,52	0,97-2,36	0,063	18,10	1,01	0,70-1,46	0,945
Solteiro	61,10	0,97	0,47-2,01	0,948	30,30	1,99	0,76-5,21	0,154
Escolaridade (anos de estudo)								
9 ou mais anos	53,20	1,00			14,80	1,00		
5 a 8 anos	57,60	1,19	0,69-2,06	0,504	16,50	1,13	0,53-2,43	0,736
0 a 4 anos	68,20	1,88	0,98-3,61	0,054	19,70	1,41	0,72-2,76	0,302
Renda <i>per capita</i> em salários mínimos ^b								
Mais de 1 salário	63,20	1,00			18,50	1,00		
Até 1 salário	66,00	1,13	0,78-1,63	0,495	19,50	1,06	0,64-1,76	0,799

continua

podem gerar maior satisfação com tais serviços e resolução dos problemas de saúde, o que, consequentemente, pode gerar menor comprometi-

mento da qualidade de vida. Além disso, algumas limitações funcionais e sistêmicas são inerentes ao envelhecimento. Acredita-se que o uso regular

Tabela 4. continuação

Variáveis	Domínio físico				Domínio mental			
	Sim	OR	IC 95%	p	Sim	OR	IC 95%	p
Condições subjetivas e normativas de saúde geral								
Presença de doenças crônicas								
Não	37,10	1,00			12,10	1,00		
Sim	70,20	4,00	2,34-6,85	0,000	19,90	1,80	0,84-3,83	0,118
Uso de medicamentos								
Não	49,80	1,00			11,10	1,00		
Sim	70,00	2,35	1,58-3,48	0,000	21,30	2,16	1,27-3,65	0,004
Mini-Mental (ajustado por escolaridade)								
Sem déficit cognitivo	59,20	1,00			17,60	1,00		
Com déficit cognitivo	74,30	1,99	1,15-3,45	0,014	20,50	1,20	0,68-2,11	0,502
Atividade física								
Sempre ou frequentemente	59,70	1,00			15,60	1,00		
Ocasionalmente	67,90	1,42	0,77-2,63	0,251	20,40	1,38	0,71-2,65	0,325
Raramente ou nunca	64,90	1,25	0,71-2,19	0,427	18,90	1,25	0,70-2,21	0,428
Satisfação com a vida								
Satisfieta ou muito satisfieta	61,10	1,00			13,80	1,00		
Nem satisfieta e nem insatisfieta	84,70	3,52	1,59-7,82	0,003	37,80	3,80	2,30-6,29	0,000
Insatisfieta ou muito insatisfieta	59,90	0,95	0,42-2,13	0,898	54,60	7,52	2,94-19,27	0,000
Comportamentos								
Higiene bucal								
Frequência diária da higiene bucal								
Mais de 2 vezes	63,50	1,00			17,20	1,00		
1 ou 2 vezes	64,50	1,04	0,66-1,64	0,844	19,20	1,14	0,72-1,82	0,549
Nenhuma vez	65,60	1,09	0,50-2,35	0,813	8,30	0,43	0,11-1,71	0,228
Hábito tabagista atual ou passado								
Ausente	63,00	1,00			17,60	1,00		
Presente	67,20	1,20	0,77-1,85	0,400	20,30	1,19	0,76-1,86	0,427
Hábito etilista atual ou passado								
Ausente	61,00	1,00			17,30	1,00		
Presente	69,70	1,46	0,96-2,23	0,069	20,40	1,22	0,73-2,05	0,430
Serviço odontológico utilizado								
Outros serviços	72,00	1,00			18,40	1,00		
SUS	61,10	1,63	1,00-2,65	0,047	18,00	1,03	0,64-1,65	0,892
Condições normativas de Saúde Bucal								
Alterações da mucosa bucal								
Não	60,80	1,00			16,00	1,00		
Sim	76,30	2,07	1,24-3,47	0,006	27,00	1,95	1,23-3,08	0,005
Presença de edentulismo								
Não	63,60	1,00			18,80	1,00		
Sim	65,00	1,06	0,74-1,51	0,723	18,30	0,97	0,65-1,43	0,886
Uso de prótese dentária								
Não	66,30	1,00			19,10	1,00		
Sim	63,90	0,90	0,61-1,30	0,572	18,30	0,95	0,59-1,51	0,833
Necessidade normativa de tratamento odontológico								
Não	57,60	1,00			16,40	1,00		
Sim	67,10	1,49	0,81-2,74	0,185	19,30	1,22	0,73-2,03	0,427

continua

de serviços de saúde disponibilizados pelo SUS e maior atenção à saúde do idoso poderiam minimizar os efeitos dessas limitações. Contudo, este

contingente idoso parece ter encontrado dificuldades no acesso regular ao serviço odontológico, uma vez que 5,8% dos idosos brasileiros⁴⁴ e 1,6 %

Tabela 4. continuação

Variáveis	Domínio físico				Domínio mental			
	Sim	OR	IC 95%	p	Sim	OR	IC 95%	p
Condições subjetivas de Saúde Bucal								
Percepção da saúde bucal								
Ótima ou boa	60,30	1,00			14,10	1,00		
Regular	71,70	1,67	1,14-2,45	0,010	23,30	1,84	1,10-3,08	0,020
Ruim ou péssima	77,80	2,31	0,94-5,68	0,065	47,00	5,38	2,28-12,67	0,000
Percepção da mastigação								
Ótima ou boa	62,90	1,00			16,30	1,00		
Regular	67,20	1,20	0,74-1,95	0,435	18,70	1,18	0,69-2,00	0,526
Ruim ou péssima	65,30	1,11	0,59-2,08	0,740	27,20	1,92	0,91-4,05	0,084
Percepção da aparência de dentes e gengivas								
Ótima ou boa	61,60	1,00			15,10	1,00		
Regular	67,50	1,29	0,84-1,97	0,226	20,20	1,42	0,85-2,35	0,168
Ruim ou péssima	70,10	1,46	0,70-3,03	0,299	30,50	2,46	1,03-5,85	1,042
Percepção da fala devido aos dentes e gengivas								
Ótima ou boa	62,60	1,00			16,00	1,00		
Regular	67,40	1,23	0,68-2,21	0,470	19,70	1,28	0,57-2,88	0,534
Ruim ou péssima	81,80	2,67	1,14-6,28	0,025	50,30	5,29	2,27-12,33	0,000
Percepção do relacionamento devido à condição bucal								
Não afetado	63,70	1,00			16,00	1,00		
Afetado	65,90	1,10	0,64-1,87	0,716	23,50	1,61	1,12-2,31	0,010
Percepção da necessidade de tratamento odontológico								
Sim	61,90	1,00			16,90	1,00		
Não	67,60	1,28	0,78-2,11	0,306	20,30	1,24	0,75-2,07	0,380
Dor em dentes e gengivas nos últimos 6 meses								
Não	61,40	1,00			17,10	1,00		
Sim	74,50	1,83	1,22-2,75	0,004	23,40	1,47	0,87-2,48	0,137
Satisfação com atendimento odontológico								
Satisffeito	64,30	1,00			17,40	1,00		
Insatisffeito	75,60	1,71	0,87-3,37	0,110	24,40	1,53	0,70-3,32	0,267

^aBaseada no salário mínimo em 2008, no valor de R\$ 415,00. Algumas variáveis apresentaram n < 736 devido à perda de informações.

dos idosos de Montes Claros relataram nunca ter utilizado tais serviços.

Entre as condições subjetivas de saúde bucal, observou-se maior comprometimento do domínio físico em quem autopercebeu a presença de dor em dentes e gengivas nos últimos seis meses. Em investigação prévia, a presença de dor crônica foi associada a um maior comprometimento do domínio físico da qualidade de vida⁴⁵, constatando-se a influência da dor na qualidade de vida. A autopercepção da dor em dentes e gengivas pode refletir as precárias condições de saúde bucal dos idosos brasileiros³⁷ e montes-clarenses. Essa dor em dentes e gengivas pode gerar dificuldades no exercício das funções bucais corretamente, com-

prometendo, assim, o domínio físico da qualidade de vida.

Tradicionalmente no campo da saúde, como consequência da herança do modelo biomédico de saúde⁴⁶, valorizou-se os dados referentes às condições clínicas da doença em si. Entretanto, medidas de saúde devem levar em consideração as influências sociais, ambientais e psicológicas¹⁸. Nesse contexto, constatou-se maior comprometimento do domínio mental da qualidade de vida entre idosos que apresentaram maior gravidade do OHIP, além de impacto nas dimensões referentes ao desconforto psicológico e deficiência. Portanto, os impactos das desordens bucais em suas dimensões física e psicossocial estiveram associados a

Tabela 5. Análise multivariada dos fatores associados ao comprometimento da qualidade de vida dos idosos de Montes Claros (MG), 2008/2009.

Condição avaliada	Domínio físico		Domínio mental	
	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Gravidade OHIP	-		1,06(1,03-1,09)	0,000
Dimensão 1 – Limitação funcional				
Não	1	-	-	-
Sim	3,14(1,12-8,77)	0,030	-	-
Dimensão 3 – Desconforto psicológico				
Não	-	-	1	-
Sim	-	-	2,23(0,99-5,02)	0,051
Dimensão 7 – Deficiência				
Não	-	-	1	-
Sim	-	-	6,79(1,34-34,40)	0,022
Características pessoais				
Sexo				
Feminino	1	-	-	-
Masculino	0,66(0,46-0,95)	0,027	-	-
Condições subjetivas e normativas de saúde geral				
Presença de doenças crônicas				
Não	1	-	-	-
Sim	4,41(2,68-7,28)	0,000	-	-
Uso de medicamentos				
Não	-	-	1	-
Sim	-	-	2,72(1,43-5,16)	0,003
Satisfação com a vida				
Satisfeito ou muito satisfeito	-	-	1	-
Nem satisfeito e nem insatisfeito	-	-	3,56(1,89-6,69)	0,000
Insatisfeito ou muito insatisfeito	-	-	7,26(2,73-19,27)	0,000
Comportamentos				
Hábito etilista atual ou passado				
Ausente	1	-	-	-
Presente	1,92(1,20-3,07)	0,007	-	-
Serviço odontológico utilizado				
Outros serviços	1	-	-	-
SUS	1,65(1,01-2,68)	0,043	-	-
Condições subjetivas de Saúde Bucal				
Dor em dentes e gengivas nos últimos 6 meses				
Não	1	-	-	-
Sim	1,85(1,17-2,92)	0,009	-	-

- não se aplica.

pior qualidade de vida, em seu domínio mental, entre idosos brasileiros. A saúde bucal, um dos componentes da qualidade de vida, refere-se a uma experiência subjetiva do indivíduo sobre o seu bem-estar funcional, social e psicológico⁴⁷.

As dimensões do OHIP que se mantiveram associadas ao domínio mental foram desconforto psicológico e deficiência, era esperado o impacto dessas dimensões nesse domínio da qualidade de vida. Ressalta-se que, apesar de serem questões subjetivas, tais impactos podem estimular a busca

por assistência médica ou odontológica⁹, fato este que pode ser ainda mais incentivado quando há o comprometimento da qualidade de vida.

A maioria dos idosos investigados possuía alguma doença crônica e, consequentemente, fazia uso de medicamentos. Sabe-se que o tratamento de diversas patologias requer a utilização de terapia medicamentosa. Os idosos que faziam uso de medicamentos tiveram maior comprometimento no domínio mental da qualidade de vida. Um alto consumo de medicamentos entre

idosos reside na maior ocorrência de problemas de saúde nas idades mais avançadas, geralmente de longa duração e com maior grau de severidade, cujo tratamento e alívio de sintomas demanda terapia farmacológica⁴⁸. Portanto, o fato de o uso de medicamentos estar ligado à presença de doenças pode comprometer o bem estar dos idosos e consequentemente sua qualidade de vida. Além disso, salienta-se que o uso racional de medicamentos entre idosos pode assegurar boa qualidade de vida a esses indivíduos⁴⁹. Porém, sabe-se que esta adesão entre idosos pode ser comprometida pela falta de conhecimento e dificuldade de acesso⁵⁰. Ressalte-se ainda a possibilidade de causalidade reversa nesta associação.

Os idosos que relataram estar nem satisfeitos/nem insatisfeitos e insatisfeitos/muito insatisfeitos com sua vida tinham maior comprometimento na qualidade de vida no domínio mental do SF12. A satisfação com a vida na velhice pode estar relacionada à sensação de conforto, bem-estar, saúde, relações pessoais, entre outros fatores^{51,52}, podendo ser uma avaliação subjetiva da qualidade de vida. Indivíduos que avaliam sua saúde bucal como ruim, talvez devido à presença de problemas bucais, podem apresentar maior insatisfação com sua vida⁵³, o que pode influenciar na qualidade de vida. Acredita-se que a satisfação com a vida, por ser uma questão subjetiva, é um julgamento cognitivo de alguns domínios específicos da vida, a partir de critérios estabelecidos pelo próprio indivíduo, sendo uma questão psicológica, podendo

afetar o domínio mental da qualidade de vida. Além disso, considera-se também a possibilidade de causalidade reversa nesta associação.

Dentre as limitações dessa investigação, ressalta-se sua característica transversal, não sendo possível estabelecer relações de causa e efeito entre os fatores associados. Apesar disso, os resultados apresentados são válidos e representativos da população idosa investigada, situação que permitiu mais esclarecimentos sobre a qualidade de vida desses idosos. Salienta-se ainda que a avaliação da qualidade de vida é um processo dinâmico, e possíveis fatores associados podem modificar-se com o passar do tempo.

Conclusão

O OHIP avalia, a partir de questões subjetivas, os impactos decorrentes das desordens bucais, já o SF12 avalia a qualidade de vida. Constatou-se que o OHIP e o SF12 avaliam construtos distintos embora possam estar associados. A gravidade desses impactos, as dimensões referentes à limitação funcional, ao desconforto psicológico e à deficiência foram associadas a uma maior chance de comprometimento na qualidade de vida em seus domínios físico e mental. Os impactos decorrentes das desordens bucais devem ser considerados nas políticas de saúde que têm em vista a qualidade de vida dos idosos.

Colaboradores

AMEBL Martins participou da concepção do projeto, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. JGS Souza e KM Jones participaram da análise e interpretação dos dados e redação do artigo. IA Pordeus participou da análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Agradecimentos

Agradecimentos ao apoio logístico da Unimontes e da Prefeitura Municipal de Montes Claros-MG, ao fomento da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais-FAPEMIG e a colaboração dos participantes. As pesquisadoras Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins e Isabela Almeida Pordeus são bolsistas do CNPq.

Referências

- Kandelman D, Petersen PE, Ueda H. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Spec Care Dentist* 2008; 28(6):224-236.
- Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* 2009; 374(9696):1196-1208.
- The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10):1403-1409.
- López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Lucero-Berdugo M. Quality of life in patients with burning mouth syndrome. *J Oral Pathol Med* 2008; 37(7):389-394.
- Oliva-Moreno J, Lopez-Bastida J, Worbes-Cerezo M, Serrano-Aguilar P. Health related quality of life of Canary Island citizens. *BMC Public Health* 2010; 10:675.
- McGorrian C, McShane C, McQuade C, Keelan T, Neill JO, Galvin J, Malone K, Mahon NG, Codd M. Family-based associations in measures of psychological distress and quality of life in a cardiac screening clinic for inheritable cardiac diseases: a cross-sectional study. *BMC Medical Genetics* 2013; 14:1.
- Solimeo SL, Silverman SL, Calderon AD, Nguyen A, Gold DT. Measuring health-related quality of life (HRQOL) in osteoporotic males using the Male OPAQ. *Osteoporos Int* 2012; 23(3):841-852.
- Sheiham A, Steele JG, Marczes W, Tsakos G, Finch S, and Walls AWG. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29(3):195-103.
- Locker D, Quinónez C. To what extent do oral disorders compromise the quality of life? *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39(1):3-11.
- Tesch FC, Oliveira BH, Leão A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saude Publica* 2007; 23(11):2555-2564.
- Yiengprugsawan V, Somkotra T. Oral Health-Related Quality of Life among a large national cohort of 87,134 Thai adults. *Health Qual Life Outcomes* 2011; 9(1):42.
- Gift HC, Atchison KA, Drury TF. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. *J Dent Res* 1998; 77(7):1529-1538.
- Ekbäck G, Aström AN, Klock K, Ordell S, Unell L. Variation in subjective oral health indicators of 65-year-olds in Norway and Sweden. *Acta Odontol Scand* 2009; 67(4):222-232.
- Reisine ST, Fertig J, Weber J, Leder S. Impact of dental cotidities on patients' quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989; 17(1):7-10.
- Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25(4):284-290.
- Andrade FB, Lebrão ML, Santos JL, Cruz Teixeira DS, Oliveira Duarte YA. Relationship between oral health -related quality of life, oral health, socioeconomic, and general health factors in elderly Brazilians. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60(9):1755-1760.
- Jensen PM, Saunders RL, Thierer T, Friedman B. Factors associated with oral health-related quality of life in community-dwelling elderly persons with disabilities. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56(4):711-717.
- Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1:40.
- Sanders AE, Slade GD, Lim S, Reisine ST. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 37(2):171-181.
- Camelier AA. *Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em Pacientes com DPOC: estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo-SP* [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2004.
- Martins AMEBL, Guimarães ALS, De'Paula AMB, Pires CPB, Haikal DAS, Silva JMS, Silveira MF, Caldeira TCR, Eleutério NB, Silveira AM, Almeida BM, Almeida CM, Freitas CV, Botelho DMM, Chaves KTS, Pereira PMB, Lima RS, Pereira SM, Silva TF, Duarte VM, Silva VEP, Pordeus IA. Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população de Montes Claros – Projeto SBMOC. *RUC* 2012; 14(1):3-14.
- Martins AMEBL, Haikal DAS, Santos-Neto PE, Alves SFF, Eleutério NB, Oliveira PHA, Gomes GP, Guimarães BL, Ferreira RC, Silveira MF, Pordeus IA. Calibração de examinadores do Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população de Montes Claros, MG - Projeto SBMOC. *RUC* 2012; 14(1):43-56.
- Martins AMEBL, Rodrigues CAQ, Haikal DAS, Silveira MF, Mendes DC, Oliveira MP, Andrade AF, Freitas CV, Pordeus IA. Desenvolvimento de um programa de computador para levantamentos epidemiológicos sobre condições de saúde bucal. *RUC* 2012; 14(1):30-42.
- Martins AMEBL, Santos-Neto PE, Batista LHS, Nascimento JE, Gusmão AF, Eleutério NB, Guimarães ALS, Paula AMB, Haikal DS, Silveira MF, Pordeus IA. Plano amostral e ponderação pelo efeito de desenho de um levantamento epidemiológico de saúde bucal. *RUC* 2012; 14(1):15-29.
- World Health Organization. *Oral health surveys: basic methods*. 4th ed. Geneva: ORH/EPID; 1997.
- Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions*. New York: John Wiley Sons; 1981.
- Cicchetti DV, Volkmar F, Sparrow SS, Cohen D, Fermanian J, Rourke BP. Assessing the reliability of clinical scales when the data have both nominal and ordinal features: proposed guidelines for europsychological assessments. *J Clin Exp Neuropsychol* 1992; 14(5):673-686.
- Sanda MG, Wei JT, Litwin MS. Scoring Instructions for the Expanded Prostate cancer Index Composite (EPIC). *EPIC* [serial on the Internet] 2002 [cited 2013 Jun 5]. [about 5 p.]. Available from: <http://www.med.umich.edu/urology/research/EPIC/EPIC-Scoring-2.2002.pdf>
- Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the oral Health Impact Profile-Short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(4):307-314.
- Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro psiquiatr* 1994; 52(1):1-7.
- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797.

32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Involvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 16 out.
33. Slade GD, editor. *Measuring Oral Health and Quality of Life*. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology; 1997.
34. Xia P, Li N, Hau KT, Liu C, Lu Y. Quality of life of Chinese urban community residents: a psychometric study of the mainland Chinese version of the WHOQOL-BREF. *BMC Med Res Methodol* 2012; 12:37.
35. Bras M, Milunović V, Boban M, Brjaković L, Benković V, Đorđević V, Polašek O. Quality of life in Croatian Homeland war (1991-1995) veterans who suffer from post-traumatic stress disorder and chronic pain. *Health Qual Life Outcomes* 2011; 9:56.
36. Petersen PE. *The World Oral Health Report 2003: Continuous Improvement of Oral Health in the 21st Century - The Approach of the WHO Global Oral Health Programme*. Geneva: World Health Organization; 2003.
37. Martins AMEBL, Barreto SM, Silveira MF, Santa-Rosa TTA, Pereira RD. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. *Rev Saude Publica* 2010; 44(5):912-922.
38. Cruz LN, Polannczky CA, Camey SA, Hoffman JF, Flek MP. Quality of life in Brazil: normative values for the Whoqol-bref in a southern general population sample. *Qual Life Res* 2011; 20(7):1123-1129.
39. Lee SW, Lien HC, Chang CS, Peng YC, Ko CW, Chou MC. Impact of body mass index and gender on quality of life in patients with gastroesophageal reflux disease. *World J Gastroenterol* 2012; 18(36):5090-5095.
40. Brito JC. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. *Cad Saude Publica* 2000; 16(1):195-204.
41. Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Association between depression and chronic diseases: results from a population-based study. *Rev Saude Publica* 2012; 46(4):617-623.
42. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 2009; 373(9682):2223-2233.
43. Lima MG, Barros MBA, Cesar CLG, Goldbaum M, Carandina L, Alves MCGP. Health-related behavior and quality of life among the elderly: a population-based study. *Rev Saude Publica* 2011; 45(3):485-493.
44. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 22(5):308-316.
45. Loyland B, Miaskowski C, Paul SM, Dahl E, Rustoen T. The relationship between chronic pain and health-related quality of life in long-term social assistance recipients in Norway. *Qual Life Res* 2010; 19(10):1457-1465.
46. Mitre SM, Andrade IEG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2071-2085.
47. Locker D. Clinical correlates of change in self perceived oral health in older adults. *Community Dental Oral Epidemiol* 1997; 25(3):199-103.
48. Filho AIL, Uchoa E, Lima-Costa MF. A population-based study on use of medication by the elderly in Greater Metropolitan Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(12):2657-2667.
49. Nobrega OT, Karnikowski MGO. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação; *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):309-313.
50. Oliveira MPF, Novaes MRCG. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Cien Saude Colet* 2013; 18(4):1069-1078.
51. Joia LC, Ruiz T, Donalosio MR. Life satisfaction among elderly population in the city of Botucatu, Southern Brazil. *Rev Saude Publica* 2007; 41(1):131-138.
52. Sposito G, D'Elboux MJ, Neri AI, Guariento ME. A satisfação com a vida e a funcionalidade em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. *Cien Saude Colet* 2013; 18(12):3475-3482.
53. Locker D, Clarke M, Payne B. Self-perceived Oral Health Status, Psychological Well-being, and Life Satisfaction in an Older Adult Population. *J Dent Res* 2000; 79(4):970-975.

Artigo apresentado em 04/09/2013

Aprovado em 08/10/2013

Versão final apresentada em 16/10/2013