

Associação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em idosos

Association between resilience and quality of life related to oral health in the elderly

Maurício Fernando Nunes Teixeira^I, Aline Blaya Martins^I, Roger Keller Celeste^I,
Fernando Neves Hugo^{III}, Juliana Balbinot Hilgert^{I,III}

RESUMO: *Objetivo:* Avaliar a associação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde bucal, por meio de uma abordagem hierárquica baseada em um modelo teórico conceitual em uma coorte de idosos do Rio Grande do Sul. *Métodos:* Foi conduzido um estudo transversal aninhado a um estudo de coorte, em 2008. Foram avaliados 498 idosos de Carlos Barbosa, Rio Grande do Sul. As medidas avaliadas foram sociodemográficas, comportamentos de saúde, qualidade de vida relacionada à saúde bucal, medida pelo *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14), Escala de Resiliência e CPOD. A associação entre o potencial de resiliência e os impactos na percepção de saúde bucal relacionados à qualidade de vida foi verificada por meio de regressão binomial negativa. Razões das médias (RM) são apresentadas com seus intervalos de confiança de 95% (IC95%). *Resultados:* Maiores médias do OHIP foram encontradas entre mulheres ($6,7 \pm 6,3$; $p = 0,011$), moradores da zona rural ($7,3 \pm 6,7$; $p = 0,004$) e solteiros ($8,0 \pm 6,3$; $p = 0,032$). O modelo final da análise multivariada mostrou que ser morador da zona rural (RM = 1,32; IC95% 1,06 – 1,65) e casado (RM = 1,36; IC95% 1,07 – 1,72) foram variáveis independentemente associadas à qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Não houve associação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde bucal. *Conclusão:* Os resultados sugerem que variáveis sociodemográficas estão associados à qualidade de vida relacionada à saúde bucal. A hipótese de que a resiliência pudesse exercer um papel importante no desfecho não foi confirmada.

Palavras-chave: Idoso. Envelhecimento. Resiliência psicológica. Qualidade de vida. Saúde Bucal. Epidemiologia.

^IPrograma de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

^{II}Centro de Pesquisas em Odontologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

^{III}Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

Autor correspondente: Maurício Fernando Nunes Teixeira. Rua José Franz, 489, Conventos, CEP: 95900-000, Lajeado, RS, Brasil. E-mail: mauricioteixeira@univates.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

ABSTRACT: Objective: To evaluate the association between psychological resilience and oral health related to quality of life through a hierarchical approach based on a conceptual theoretical model in a cohort of elderly residents in Rio Grande do Sul, Brazil. **Methods:** We conducted a cross-sectional study nested in a cohort study in 2008. We evaluated 498 elderly residents in Carlos Barbosa, Rio Grande do Sul. The measures included sociodemographic questionnaire, health behavior, quality of life related to oral health (OHRQOL), measured by the Oral Health Impact Profile (OHIP-14), Resilience Scale, and DMFT. The association between resilience and potential impacts on perceptions of oral health-related quality of life was assessed through negative binomial regression. Mean ratios (MR) are presented with 95% confidence intervals (95%CI). **Results:** Higher means of OHIP were found in women 6.7 ± 6.3 ; $p = 0.011$), in rural dwellers (7.3 ± 6.7 ; $p = 0.004$) and singles (8.0 ± 6.3 ; $p = 0.032$). The final model of multivariate analysis showed that being a rural dweller (MR = 1.32; 95%CI 1.06 – 1.65) and being married (MR = 1.36; 95%CI 1.07 – 1.72) were independently associated with OHRQOL. There was no association between resilience and OHRQOL. **Conclusion:** The results suggest that factors such as sociodemographic variables are associated with OHRQOL. The hypothesis that resilience might play a role in the outcome has not been confirmed.

Keywords: Aged. Aging. Resilience, psychological. Oral Health, Quality of life. Oral health. Epidemiology.

INTRODUÇÃO

A população mundial vem envelhecendo rapidamente. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, onde o estatuto do idoso¹ prevê a idade de 60 anos ou mais para que uma pessoa seja considerada idosa, isso não é diferente. O país convive com uma transição epidemiológica diferenciada², na qual doenças transmissíveis reaparecem, ao mesmo tempo em que os gastos em saúde com doenças crônico-degenerativas aumentam consideravelmente³. A saúde bucal dessa parcela da população é precária e caracterizada por perdas dentárias extensas⁴. Esse quadro pode influenciar a qualidade de vida dessas pessoas.

A qualidade de vida é um termo multidimensional⁵ e como tal deve ser estudado considerando uma série de fatores que podem influenciar na sua percepção. Condições clínicas e problemas de saúde podem impactar na qualidade de vida, mas não é somente isso que deve ser considerado⁶. Podemos ainda definir qualidade de vida relacionada à saúde bucal como “a ausência de impactos negativos da condição bucal na vida social e um sentido positivo de autoconfiança da condição bucal”⁷.

Um dos fatores que pode influenciar a percepção que os indivíduos possuem a respeito do impacto das condições de saúde bucal na sua qualidade de vida é a resiliência. Em psicologia,

tal termo está intimamente relacionado à forma como os indivíduos se portam diante das adversidades e a sua capacidade de voltar ao “normal” apesar delas⁸. O termo teve sua origem em estudos com crianças; nos últimos anos, no entanto, o tema se expandiu para outros segmentos da população, sendo o idoso um grupo bastante apropriado para investigações.

Nas últimas décadas, alguns estudos foram realizados com o intuito de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal⁹ e a resiliência¹⁰⁻¹². No entanto, desconhecemos estudos que tenham avaliado, em idosos, a qualidade de vida relacionada à saúde bucal e à resiliência agindo como um protetor em relação aos impactos produzidos pela saúde bucal precária.

Este estudo tem o objetivo de avaliar a associação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde bucal por meio de uma abordagem hierárquica baseada no modelo teórico conceitual de desfechos em saúde bucal proposto por Andersen e Davidson¹³. A hipótese do estudo é de que idosos mais resilientes possam se adaptar com mais facilidade às perdas relacionadas à saúde bucal e que sofram menos impactos em sua qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

MÉTODOS

DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo do tipo transversal aninhado a um estudo de coorte.

POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foi realizada uma amostra aleatória simples da população de idosos independentes na cidade de Carlos Barbosa. O estudo de base foi realizado em 2004, e o primeiro acompanhamento, em 2008. Carlos Barbosa é uma cidade localizada a 104 km de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, na região sul do Brasil, cujo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010 era de 0,796. Por ter sido colonizada por italianos, sua população é composta na sua maioria por brancos e em 2008 tinha aproximadamente 25.388 habitantes, 2.167 com 60 anos ou mais¹⁴.

Na linha de base, 872 idosos foram avaliados durante o segundo semestre de 2004¹⁵. Em 2008, no estudo transversal que fez parte da etapa de acompanhamento, uma amostra consecutiva dos participantes foi avaliada até que se obtivesse 498 pessoas, o número equivalente ao cálculo amostral necessário para fazer o estudo que deu origem a este e que tinha como foco a relação entre a resiliência e a autopercepção de saúde¹¹. O cálculo partiu de um estudo piloto composto por 50 indivíduos que apresentaram prevalência de 0,67 de baixo potencial de resiliência e boa autopercepção de saúde bucal, e 0,75 de prevalência de alto potencial de resiliência e boa percepção de saúde bucal, foi considerado

um intervalo de confiança de 95% (IC95%), admitindo-se um erro β de 20% e consecutivo poder estatístico de 80%.

MEDIDAS

As informações do presente estudo foram coletadas durante o seguimento de 2008, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Após novo contato com os participantes e com sua concordância em participar do estudo novamente, os mesmos foram informados sobre os objetivos e procedimentos a serem realizados e solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

COLETA DE DADOS

A coleta foi realizada por meio de entrevistas e exames clínicos com instrumentos e metodologia segundo critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁶, que também foram referência para o treinamento dos examinadores. As entrevistas foram realizadas nos domicílios ou em associações de bairro e os exames clínicos foram realizados em consultórios dentários das Unidades Básicas de Saúde do município utilizando luz artificial.

INSTRUMENTOS

1) Questionário sociodemográfico e de saúde

As informações sociodemográficas e de comportamento incluíram: idade (em anos, categorizada como 60 – 64, 65 – 69, 70 – 74, 75 – 80 e mais que 80), sexo, localização do domicílio (zona urbana ou rural), estado civil (categorizado em casado, viúvo/separado e solteiro), escolaridade (em anos, categorizada em fundamental incompleto, fundamental completo e ensino médio e superior) e renda familiar mensal. Foi incluída também uma questão sobre participação em grupos de idosos: “Você participa de algum grupo de terceira idade de sua comunidade ou dos encontros de convivência de idosos de sua ou outra comunidade?”. A história odontológica também foi autorrelatada com perguntas sobre a última visita ao dentista e o motivo da consulta, além de hábitos como o tabagismo (fumante atual de cigarros, categorizado em sim ou não) e de autocuidados de higiene bucal através da pergunta: “Com que frequência você escova os dentes?” (≤ 1 x dia, 2 x dia e ≥ 3 x dia).

1.1) Oral Health Impact Profile (OHIP-14)

Esse instrumento foi desenvolvido por Slade e Spencer¹⁷ e tem como objetivo fornecer uma mensuração abrangente de disfunção, desconforto e incapacidade atribuída à condição bucal. O questionário é constituído por 14 itens, geralmente

avaliado por um escore único. É respondido com uma escala do tipo Likert, com 5 opções que variam de “nunca” (0) até “sempre” (4). No estudo original, o autor apresenta uma média de 7,68 para a amostra estudada. Para este estudo foi realizada uma análise inicial, onde o OHIP foi categorizado como: “0” e “> 0”, e avaliação do escore médio. Na análise multivariada os escores foram considerados como variáveis discretas.

1.2) Escala de Resiliência

A Escala de Resiliência (ER) foi desenvolvida por Wagnild e Young¹². Tal escala possui 25 itens com respostas tipo Likert, de 7 pontos, variando de “discordo totalmente” (1) a “concordo totalmente” (7). Os escores da ER oscilam entre 25 e 175 pontos. No estudo original, o valor da média dos participantes foi de 146. A soma dos pontos gera um escore, que neste estudo foi categorizado de acordo com a autora da escala^{12,18}: ≤ 124 : baixo; 125 – 145: médio; e > 145 : alto.

2) Exames bucais

O exame clínico de saúde bucal foi realizado nos anos de 2004 e 2008 utilizando o índice CPOD. Em ambas as coletas, dois pós-graduandos de odontologia previamente treinados e calibrados realizaram os exames de acordo com critérios indicados pela OMS para inquéritos epidemiológicos em saúde bucal¹⁶. A soma de dentes classificados como perdidos após exame clínico odontológico foi utilizada para calcular o número de dentes perdidos por participante. A diferença entre os dois exames resultou no número de dentes perdidos. O número de dentes foi contado em 2008 e categorizado conforme o arco dental reduzido (≥ 20 dentes, 1 – 19 dentes e zero dente), que considera 20 dentes como aceitável do ponto de vista funcional¹⁶.

MODELO TEÓRICO CONCEITUAL

O modelo comportamental utilizado neste estudo é uma adaptação do modelo proposto por Andersen e Davidson¹³. Como descrito na Figura 1, o modelo modificado conceitua variáveis exógenas (idade e sexo) como variáveis distais localizadas no 1º bloco de análise. Como variáveis intermediárias, no 2º bloco, estão os determinantes primários, representados por ambiente externo e características pessoais. O ambiente externo caracteriza-se pela localização do domicílio onde o idoso vive. Já as características pessoais foram: estado civil, potencial de resiliência e recursos disponíveis (escolaridade, renda e participação em grupos de idosos). As variáveis intermediárias, do 3º bloco, foram os comportamentos de saúde: tabagismo e frequência de escovação e de visitas ao dentista. E, no bloco proximal, ou seja, no 4º bloco, observaram-se as condições atuais de saúde bucal: perda dental nos últimos quatro anos e o número de dentes. O desfecho do estudo foi a qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

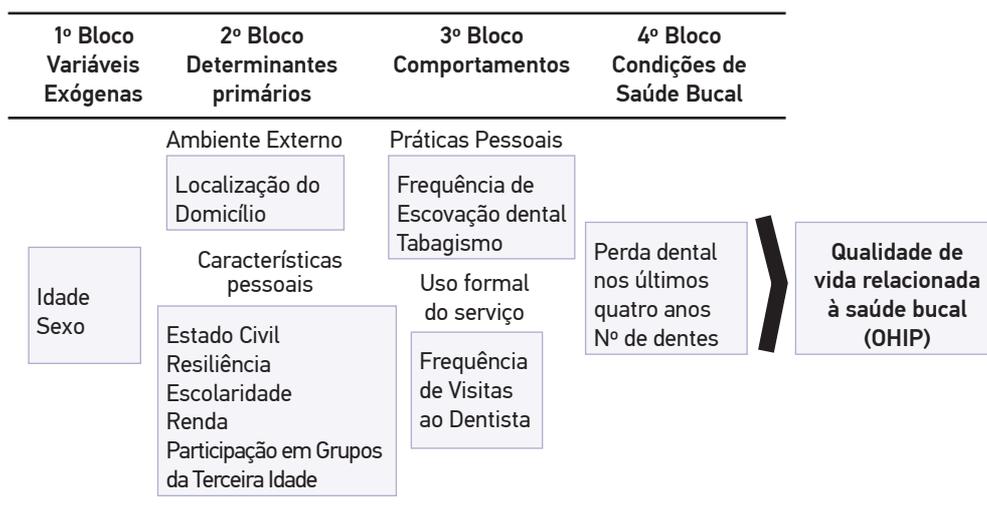


Figura 1. Modelo teórico conceitual.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram descritos utilizando frequência simples e absolutas para variáveis qualitativas e médias e desvio-padrão (DP) para as variáveis quantitativas. Análise bivariada foi realizada por meio do teste do χ^2 e Mann-Whitney. Análises univariada e multivariada foram realizadas por meio de modelos lineares generalizados para variáveis discretas. Foram calculados modelos de regressão binomial negativa. Razões das médias (RM) são apresentadas juntamente com seus IC95%. A presença de sobredispersão foi confirmada em análises preliminares e a modelagem seguiu as recomendações descritas em Hardin e Hilbe¹⁹.

As variáveis que permaneceram estatisticamente significantes dentro de cada bloco ($p < 0,25$) foram utilizadas no modelo final. O ajuste do modelo final, em comparação aos modelos de cada um dos blocos propostos, foi avaliado segundo o Baysean Information Criteria e pseudo- R^2 . A presença de *outliers* e potencial de alavancagem dos modelos foram averiguados no modelo final. Foram testados termos de interação entre resiliência e covariadas. A análise estatística foi realizada no software STATA versão 11.2 (StataCorp, College Station, TX).

RESULTADOS

A amostra estudada apresentou uma média de idade de 70,95 ($\pm 6,59$) anos. A maior parte da amostra era composta por mulheres (66,87%), que viviam na área urbana (53,21%) e casadas (64,06%). A média do escore da ER foi de 141,06 ($\pm 13,30$). Além disto, 45,92% não completaram o primário e 60,45% participavam de grupos idosos. A maioria dos participantes (58,43%) relatou procurar o cirurgião dentista apenas em virtude de problemas bucais, sendo a média do CPOD de 27,28 (4,89). O coeficiente de Kappa intra e interexaminadores

da avaliação do índice CPOD antes e durante o estudo em 2004 foi de 0,97 e 0,94, já em 2008 foi de 0,98 e 0,97. O coeficiente α de Cronbach da ER foi de 0,71 (intervalo inferior de 0,68) enquanto que para o OHIP foi de 0,82 (intervalo inferior de 0,80).

Nos indivíduos que apresentaram somatório do OHIP = 0 não houve diferença significativa para as variáveis. Já a média do OHIP foi significativamente maior em mulheres ($6,7 \pm 6,3$), moradores da zona rural ($7,3 \pm 6,7$) e solteiros ($8,0 \pm 6,3$) (Tabela 1).

Não houve associação entre as variáveis que compõem o 1º bloco: idade e sexo com o desfecho. Já no 2º bloco, o local de domicílio (rural) apresentou uma RMa (ajustada) de 1,37 (IC95% 1,11 – 1,70) (Tabela 2).

Quanto às características pessoais, a resiliência não foi associada, ao contrário do estado civil. Os idosos casados, quando comparados com os viúvos/separados, apresentam uma RMa de 1,30 (IC95% 1,06 – 1,60). Escolaridade, renda e participação em grupos de idosos não foram estatisticamente significativas, bem como as variáveis de comportamento e condições de saúde bucal (terceiro e quarto blocos) (Tabela 2).

Nenhum termo de interação entre resiliência com as variáveis de quaisquer blocos foi significativo ($p > 0,05$), indicando que essa variável (resiliência) não modifica o efeito das demais.

Para o modelo totalmente ajustado, apenas as variáveis referentes ao ambiente externo, que formaram o 2º bloco (determinantes distais) apresentaram diferença estatisticamente significativa. Indivíduos moradores da zona rural apresentaram uma RMa de 1,32 (IC95% 1,06 – 1,65) e os casados, uma RMa de 1,36 (IC95% 1,07 – 1,72) quando relacionados com viúvos/separados (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Neste estudo, as variáveis exógenas e determinantes primários, na posição mais distal do modelo, estiveram associadas a maiores impactos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, enquanto que as intermediárias, de comportamentos de saúde e as proximais, como condições de saúde bucal, não tiveram significância estatística. No entanto, entre os determinantes primários, a resiliência, como um construto multidimensional, não apresentou significância estatística quando avaliada dentro do modelo hierárquico, rejeitando nossa hipótese inicial.

A condição conjugal é um importante determinante de saúde e está fortemente associada a uma série de desfechos de saúde mental. Casados têm menores níveis de depressão, ansiedade e estresse psicológico do que os não casados²⁰. Além disso, morar sem um parceiro está relacionado, geralmente, a relatar um pior índice de qualidade de vida²¹. Nossos resultados demonstram que casados, quando comparados com separados/viúvos, referem mais impactos de saúde bucal relacionados à qualidade de vida. Isso pode estar relacionado à presença de um companheiro, que determina uma autoestima maior, e à possibilidade de aumento da importância dada aos fatores determinantes de sua saúde e de seus comportamentos e percepções subjetivas. Estudos sobre mudança de estado civil, sobretudo de casado para separado ou viúvo, apontam um aumento na prevalência de doenças mentais e físicas, crônicas e agudas²².

Tabela 1. Descrição das variáveis estudadas em relação ao *Oral Health Impact Profile*.

	OHIP = 0 n (%)	Valor p	OHIP Média ± DP	Valor p
Idade (em anos)				
60 – 65	105 (10,48)	0,074	7,9 ± 7,2	0,082
66 – 70	149 (14,09)		5,8 ± 6,1	
71 – 75	128 (13,28)		6,2 ± 6,0	
76 – 80	70 (22,86)		6,1 ± 7,3	
≥ 81	40 (5,00)		5,6 ± 4,2	
Sexo				
Masculino	162 (17,90)	0,052	5,8 ± 6,5	0,011
Feminino	330 (11,52)		6,7 ± 6,3	
Localização do domicílio				
Urbana	264 (14,02)	0,078	5,6 ± 6,0	< 0,01
Rural	228 (13,16)		7,3 ± 6,7	
Estado civil				
Casado	315 (13,97)	0,276	6,9 ± 7,0	0,032
Viúvo/separado	142 (13,38)		5,1 ± 4,8	
Solteiro	29 (3,45)		8,0 ± 6,3	
Resiliência				
< 125	37 (10,81)	0,604	5,4 ± 4,6	0,145
125 – 145	275 (12,73)		6,7 ± 6,2	
> 145	180 (15,56)		6,1 ± 6,9	
Escolaridade				
Fundamental incompleto	222 (14,41)	0,620	6,0 ± 5,9	0,783
Fundamental completo	191 (11,52)		6,4 ± 6,6	
Médio a superior	73 (15,07)		7,3 ± 7,3	
Renda				
0 – 1 SM	249 (15,66)	0,358	7,0 ± 6,9	0,152
1 – 2 SM	191 (11,52)		5,6 ± 5,4	
> 2 SM	92 (10,87)		5,9 ± 6,4	
Participação em grupos				
Sim	296 (14,86)	0,343	6,3 ± 6,6	0,798
Não	194 (11,86)		6,3 ± 6,2	
Frequência de escovação				
≤ 1 X ao dia	96 (10,42)	0,448	6,6 ± 6,1	0,655
2 X ao dia	204 (15,69)		6,1 ± 6,3	
≥ 3 X ao dia	190 (13,16)		6,4 ± 6,6	
Fumo				
Sim	27 (14,81)	0,859	5,2 ± 5,1	0,314
Não	463 (13,61)		6,5 ± 6,5	
Acesso ao serviço odontológico				
Nunca	142 (14,08)	0,320	5,5 ± 6,0	0,257
Quando tem problema	289 (12,11)		6,7 ± 6,3	
Ocasionalmente	20 (20,00)		6,0 ± 5,6	
Regularmente	36 (22,22)		7,3 ± 8,6	
Dente extraído nos últimos quatro anos (2004 – 2008)				
Nenhum	334 (14,67)	0,587	5,8 ± 7,0	0,405
1 dente	56 (9,43)		6,0 ± 6,1	
> 1 dente	61 (14,75)		6,7 ± 6,4	
Número de dentes em 2008				
Desdentados	265 (13,21)	0,403	6,2 ± 6,4	0,131
Entre 1 e 19 dentes	72 (18,06)		7,4 ± 7,1	
≥ 20 dentes	148 (11,49)		6,1 ± 6,9	

OHIP: *Oral Health Impact Profile*; DP: desvio padrão; SM: salário mínimo.

Tabela 2. Razão de médias e seus intervalos de confiança de 95% em cada bloco.

1º Bloco	RM Bruta	IC95%	RM ^a	IC95%
Idade	0,99	0,97 – 1,00	0,99	0,97 – 1,00
Sexo				
Masculino	1			
Feminino	1,16	0,96 – 1,41	1,14	0,94 – 1,38
2º Bloco	RM Bruta	IC95%	RM ^b	IC95%
Resiliência				
<125	1			
125 – 145	1,00	0,99 – 1,01	1,00	0,99 – 1,01
>145	0,99	0,98 – 1,01	0,99	0,98 – 1,00
Local de residência				
Fundamental incompleto	1			
Fundamental completo	1,30	1,08 – 1,55	1,37	1,11 – 1,70
Estado civil				
Viúvo/separado	1			
Casado	1,34	1,09 – 1,64	1,30	1,06 – 1,63
Solteiro	1,57	1,05 – 2,34	1,38	0,92 – 2,08
Participação em grupos de 3ª idade				
Não	1			
Sim	1,00	0,83 – 1,21	0,88	0,71 – 1,09
Escolaridade				
Primário incompleto	1			
Primário completo	1,06	0,87 – 1,29	1,06	0,87 – 1,29
> primário	1,20	0,92 – 1,58	1,12	0,85 – 1,47
Renda mensal (em salários mínimos)	0,93	0,85 – 1,01	0,94	0,87 – 1,03
3º Bloco	RM Bruta	IC95%	RM ^c	IC95%
Fumo				
Sim	1			
Não	1,24	0,83 – 1,87	1,22	0,81 – 1,83
Frequência de escovação dentária				
≥ 3 X dia	1			
2 X dia	0,95	0,78 – 1,17	0,96	0,81 – 1,83
≤ 1 X dia	1,03	0,80 – 1,32	1,02	0,79 – 1,32
Acesso ao serviço odontológico				
Nunca	1			
Quando tem dor	1,22	0,99 – 1,51	1,23	1,00 – 1,52
Ocasionalmente	1,09	0,67 – 1,77	1,08	0,66 – 1,76
Regularmente	1,33	0,91 – 1,93	1,31	0,90 – 1,92
4º Bloco	RM Bruta	IC95%	RM ^d	IC95%
Incidência de perda dentária 2004 – 2008	1,04	0,99 – 1,10	1,04	0,99 – 1,10
Dentes ausentes em 2008	1,02	1,00 – 1,03	1,02	1,00 – 1,03

RM: razão de médias; ^aAssociações ajustadas para as variáveis do bloco 1: pseudo-R² = 0,2%, Ben-Akiva adjusted pseudo-R² = 0,0% e BIC = 2896,407; ^bAssociações ajustadas para as variáveis do bloco 2: pseudo-R² = 0,8%, Ben-Akiva adjusted pseudo-R² = 0,0% e BIC = 2832,295; ^cAssociações ajustadas para as variáveis do bloco 3: pseudo-R² = 0,2%, Ben-Akiva adjusted pseudo-R² = 0,0% e BIC = 2863,526; ^dAssociações ajustadas para as variáveis do bloco 4: pseudo-R² = 0,3%, Ben-Akiva adjusted pseudo-R² = 0,0% e BIC = 2651,652.

A literatura refere que o uso rotineiro de serviços de saúde é menor por parte de moradores da zona rural²³, o que parece ser explicado pela falta de acesso e pela menor disponibilidade de recursos, que vão da atenção à saúde propriamente dita até a fluoretação das águas de abastecimento²⁴. Tais dificuldades podem estar relacionadas a quadros de saúde bucal desfavorável nessas pessoas, aumentando os impactos na sua qualidade de vida. Morar na zona rural parece ser um preditor de desvantagem em relação à dor dental e necessidade de prótese²⁵. Entretanto, a maioria dos estudos não descreve com precisão a localização do domicílio e por isso são raros os que analisam essa variável, sobretudo quando relacionada à qualidade de vida²⁶. A relação entre pessoas que vivem em comunidades rurais e urbanas varia conforme a doença analisada. Para o mal de Parkinson, por exemplo, a qualidade de vida é melhor nas áreas urbanas²⁷ enquanto que, para artrite reumatóide, essa relação é inversa²⁸. Nossos resultados demonstram que morar na zona rural apresentou uma probabilidade maior de perceber os impactos de saúde bucal na qualidade de vida. Isso pode estar relacionado a uma proximidade maior entre as pessoas conhecidas e devido às diferenças de ambientes físicos e sociais determinantes do estilo de vida dessas pessoas. Ainda podemos relatar as condições peculiares da área rural do local onde foi realizada a pesquisa, sendo reconhecida como um dos melhores índices de desenvolvimento humano brasileiros.

Tabela 3. Razão das médias do *Oral Health Impact Profile* no modelo final.

	RM ajustada IC95%
Bloco 1 (Variáveis exógenas)	
Idade	0,99 (0,98 – 1,01)
Sexo	
Masculino	1
Feminino	1,14 (0,91 – 1,44)
Bloco 2 (Determinantes distais)	
Local de domicílio	
Urbana	1
Rural	1,32 (1,06 – 1,65)
Estado civil	
Viúvo/separado	1
Casado	1,36 (1,07 – 1,72)
Solteiro	1,41 (0,91 – 1,72)
Participação em grupo da terceira idade	
Não	1
Sim	0,86 (0,68 – 1,08)
Renda familiar mensal	0,97 (0,88 – 1,06)
Bloco 4 (Condições clínicas de saúde)	
Incidência de perda dental 2004 – 2008	1,03 (0,98 – 1,09)
Dentes ausentes em 2008	1,02 (1,00 – 1,03)

RM: razão de médias.

Observando o valor do escore médio de resiliência, que se encontra dentro dos padrões observados na literatura^{11,18}, podemos pensar na possibilidade de que os participantes do estudo mostram um viés de sobrevivência seletiva assim como relatado por Haikal et al.²⁹.

Estudos mostram que variáveis odontológicas, como perda dentária, estão associadas à pior qualidade de vida^{9,30}. Nossos resultados apresentam uma significância limítrofe, com alguma tendência para que idosos com dentes ausentes reportassem um pouco mais os impactos de saúde bucal. No entanto, cabe questionar o quanto a perda dentária e as sequelas de uma história pregressa de mutilações em relação à saúde bucal podem ser consideradas por essa população como um estressor. É sabido que muitos idosos consideram a sua saúde bucal como boa ou excelente apesar das perdas³¹, ou seja, porque se adaptaram a uma determinada situação “acionando o seu potencial de resiliência” se não consideram a saúde bucal um problema, ou melhor, se esses impactos não repercutem na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Culturalmente, gerações passadas consideraram a perda dentária como algo aceitável. Ainda hoje é comum, na prática clínica, a ideia de pacientes idosos de que é preferível a perda dentária à dor que um dente pode causar. Vale ressaltar, no entanto, que os idosos analisados no presente trabalho viveram uma época em que o edentulismo e as condições precárias da dentição, assim como o adoecimento, parecem ter sido considerados parte do processo “normal de envelhecimento”³².

Em um estudo anterior do grupo¹¹ foi encontrada uma associação entre ter alto potencial de resiliência e perceber sua saúde bucal como boa, mesmo considerando que a amostra de idosos estudados possuía alta prevalência de perdas dentárias. No entanto, possíveis associações entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde bucal não foram avaliadas. Isso nos leva a questionar qual o significado da resiliência nesse contexto. Caso os idosos não considerem a sua condição de saúde bucal como um estressor, talvez eles percebam que a saúde bucal desfavorável não seja um problema³¹, especialmente se as perdas aconteceram a muito tempo. Dessa forma, a falta de associação da resiliência com a qualidade de vida relacionada à saúde bucal pode ser devido ao estudo da resiliência normalmente se basear em eventos de maior magnitude, geralmente relacionados a luto³³, catástrofes e combates de guerra. Podemos ainda supor que os danos causados pela perda dentária, devido ao fato de acontecerem gradualmente, não sejam geradores de grande estresse. Além disso, por remeter à ideia de flexibilidade e adaptação, a resiliência assume características que variam de fator de risco a fator de proteção, dependendo não só da presença de seus condicionantes, mas também da intensidade que tais condicionantes apresentam¹⁰.

O comportamento do indivíduo está bidirecionalmente condicionado à percepção de sua saúde bucal. O OHIP é um dos instrumentos mais usados para medir os impactos que essa percepção pode ocasionar na saúde geral e, por consequência, nos comportamentos em saúde. Contudo, o seu foco é em adversidades, não abordando aspectos positivos de saúde bucal. O oposto acontece com a ER, que praticamente não aborda aspectos negativos. Indicadores sociodentais baseados na *International*

Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), como o OHIP, geralmente não estão adaptados à realidade dos respondentes porque não levam em consideração as crenças e os comportamentos dessas pessoas³⁴. Além disso, as percepções sobre a saúde mudam o tempo todo, o que ocasiona mudanças nas respostas desse tipo de instrumento³⁰. Quando as pessoas percebem sua condição bucal, o fazem com certa precisão, usando, entretanto, critérios diferentes daqueles do profissional. Enquanto o cirurgião dentista avalia a condição com base na ausência da doença, o paciente avalia a partir de sintomas e problemas funcionais e sociais³⁵.

A homogeneidade da amostra pode ser uma limitação deste estudo, uma vez que a maioria dos participantes eram brancos, descendentes ou até mesmo imigrantes italianos, além de que a grande maioria dos indivíduos fazia uso de próteses dentárias. Por fim, podemos considerar também uma limitação o delineamento transversal deste estudo. Acreditamos que sejam necessários estudos com amostras maiores e com delineamento longitudinal para que possíveis relações causais possam ser amplamente exploradas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo mostram que idosos independentes, moradores da zona rural e casados sofrem mais impactos de saúde bucal. É preciso que as potencialidades e as percepções das pessoas sejam estudadas amplamente para que este conhecimento possa auxiliar nas descobertas a respeito do que realmente é capaz de promover não só uma autopercepção positiva de saúde bucal, mas também autoeficácia e empoderamento quanto à saúde bucal, aspectos fundamentais da promoção de saúde.

A hipótese do estudo de que idosos mais resilientes possam se adaptar com mais facilidade às perdas relacionadas à saúde bucal e de que sofram menos impactos em sua qualidade de vida relacionada à saúde bucal não foi confirmada.

Este estudo, a nosso ver, é o primeiro que propõe uma avaliação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde bucal considerando variáveis sociodemográficas e comportamentais de saúde geral. Os resultados apontam para a necessidade de aprofundamento nas questões que envolvem fatores subjetivos relacionados à saúde bucal e de como eles podem influenciar na qualidade de vida de idosos, sobretudo através da realização de estudos longitudinais. O fato de haver diferenças entre as percepções de saúde bucal influenciadas pelas características sociodemográficas pode ajudar na construção de um paradigma mais equânime de atenção em saúde bucal, avançando no enfrentamento das diferenças assistenciais de países em desenvolvimento.

No Brasil, o cuidado com idosos não acompanhou o crescimento dessa população, tendo como resultado condições de saúde bucal precárias. Esse quadro pode influenciar na qualidade de vida dessas pessoas. Por isso é importante que conheçamos um pouco mais sobre a forma como essa população percebe seus problemas de saúde e como procura resolvê-los, para o desenvolvimento de ações adequadas para o seu perfil sócio cultural.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. 2ª reimpressão. Série E. Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. 70 p.
2. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(2): 184-200.
3. Frenk J, Frejka T, Bobadilla JL, Stern C, Lozano R, Sepúlveda J, et al. La transición epidemiológica en América Latina. *Bol Oficina Sanit Panam* 1991; 111(6): 485-96.
4. Hugo FN, Hilgert JB, de Sousa ML, da Silva DD, Pucca Jr GA. Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(3): 224-32.
5. Fleck MPA (org.). *A Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2008. 228 p.
6. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25(4): 284-90.
7. Atchison KA. Understanding the quality in quality care and quality of life. In: Inglehart MR, Bagramian RA. *Oral Health-Related Quality of Life*. USA: Quintessence Books; 2002. p. 13-29.
8. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiatry* 1987; 57(3): 316-31.
9. Leão A, Sheiham A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. *J Dent Res* 1995; 74(7): 1408-13.
10. Laranjeira CASJ. Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. *Psic Teor e Pesq* 2007; 23(3): 327-32.
11. Martins AB, dos Santos CM, Hilgert JB, de Marchi RJ, Hugo FN, Padilha DMP. Resilience and self-perceived oral health: a hierarchical approach. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59(4): 725-31.
12. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas* 1993; 1(2): 165-78.
13. Andersen RM, Davidson PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Adv Dent Res* 1997; 11(2): 203-9.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Perfil dos idosos responsáveis por domicílios*. 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>. (Acessado em 20 de maio de 2013).
15. Hugo FN, Hilgert JB, de Souza ML, Cury JA. Oral status and its association with general quality of life in older independent-living south-Brazilians. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 37(3): 231-40.
16. World Health Organization (WHO). *Oral Health Surveys: Basic Methods*, 4th ed. Geneva: WHO; 1997.
17. Slade GD, Spencer AJ. Development and evolution of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health* 1994; 11(1): 3-11.
18. Wagnild GM. *The resilience scale user's guide for the U.S. english version of the resilience scale and the 14-item resilience scale, version 1.0*. Montana: The Resilience Center; 2009.
19. Hardin JW, Hilbe JM. *Generalized Linear Models and Extensions*. College Station: Stata Press; 2001. 245 p.
20. Waldron I, Hughes ME, Brooks TL. Marriage protection and marriage selection--prospective evidence for reciprocal effects of marital status and health. *Soc Sci Med* 1996; 43(1): 113-23.
21. Sprangers MA, de Regt EB, Andries F, van Agt HM, Bijl RV, de Boer JB, et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol* 2000; 53(9): 895-907.
22. Wu Z, Penning MJ, Pollard MS, Hart R. In sickness and in health: does cohabitation count? *J Fam Issues* 2003; 24: 811-38.
23. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(1): 81-92.
24. Quandt SA, Chen H, Bell RA, Anderson AM, Savoca MR, Kohrman T, et al. Disparities in oral health status between older adults in a multiethnic rural community: the rural nutrition and oral health study. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57(8): 1369-75.
25. Chavers LS, Gilbert GH, Shelton BJ. Racial and socioeconomic disparities in oral disadvantage, a measure of oral health-related quality of life: 24-month incidence. *J Public Health Dent* 2002; 62(3): 140-7.
26. Cohen-Carneiro F, Souza-Santos R, Rebelo MA. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(Suppl 1):1007-15.
27. Klepac N, Pikija S, Kraljic T, Relja M, Trkulja V, Juren S, et al. Association of rural life setting and poorer quality of life in Parkinson's disease patients: a cross-sectional study in Croatia. *Eur J Neurol* 2007; 14(2): 194-8.
28. Cornelissen PG, Rasker JJ, Valkenburg HA. The arthritis sufferer and the community: a comparison of arthritis sufferers in rural and urban areas. *Ann Rheum Dis* 1988; 47(2): 150-6.

29. Haikal, DS, Paula AMB, Martins AMEBL, Moreira AN, Ferreira EF. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quantitativa. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(7): 3317-29.
30. Locker D. Clinical correlates of changes in self-perceived oral health in older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25(3): 199-203.
31. Vasconcelos LCA, Prado Jr RR, Teles JBM, Mendes RF. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(6): 1101-10.
32. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(2): 421-35.
33. Bonanno GA, Wortman CB, Lehman DR, Tweed RG, Haring M, Sonnega J, et al. Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. *J Pers Soc Psychol* 2002; 83(5): 1150-64.
34. Locker D, Allen FP. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(6): 401-11.
35. Bortoli D, Locatelli FA, Fadel CB, Baldani MH. Associação entre percepção de saúde bucal e indicadores clínicos e subjetivos: estudo em adultos de um grupo de educação continuada da terceira idade. *Publ UEPG Ci Biol Saúde* 2003; 9(3/4): 55-65.

Recebido em: 23/10/2013

Versão final apresentada em: 15/05/2014

Aceito em: 30/05/2014