

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

Palmizio Nocchi

**Avaliação da Qualidade de Vida e do Processo de Tomada de Decisão na  
Indicação e Uso de Prótese Dentária em Idosos**

Porto Alegre, 2008.

PALMIZIO NOCCHI

**Avaliação da Qualidade de Vida e do Processo de Tomada de Decisão na  
Indicação e Uso de Prótese Dentária em Idosos.**

Tese submetida ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da PUCRS, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Gerontologia Biomédica.

Orientador: Prof Dr. Yukio Moriguchi

Co-orientadora: Profª Drª Dalva Padilha

Porto Alegre, 2008.

Dedico esta tese de doutorado á minha família e,  
especialmente aos meus netos queridos: Rafaela,  
Gabriel, Guilherme, Helena, Fernanda, Paula,  
Juliano, Isadora, Amanda, Marcelo e Carolina, bem  
como a todos os idosos!

## **Agradecimentos**

Ao professor Goldin e a psicóloga Júlia Schneider Protas pelo auxílio e colaboração para o desenvolvimento desta tese.

Aos amigos e assistentes do meu convívio diário do consultório dentário, especialmente a psico-pedagoga Elza Rosane, pela sua incontestável dedicação, esforço e apoio incondicional em todos os momentos da elaboração e construção desta tese.

A todos os idosos participantes do projeto, pois sem os mesmos seria impossível a existência deste trabalho.

Aos funcionários do Instituto de Geriatria e Gerontologia.

E, um agradecimento especial para todos os funcionários e ex-alunos da Faculdade de Odontologia da PUCRS, que me acompanharam, ao longo destes 55 anos, a minha trajetória dedicada à docência.

**Muito obrigado a todos que de alguma forma  
contribuíram para a construção deste trabalho!**

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

N756a Nocchi, Palmizio

Avaliação da qualidade de vida no processo de tomada de decisão na indicação e uso de prótese dentária em idosos / Palmizio Nocchi. Porto Alegre: PUCRS, 2008.

83f.: Il. graf. tab.

Orientador: Prof. Dr. Yukio Moriguchi.  
Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Dalva Padilha

Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.  
Instituto de Geriatria e Gerontologia. Doutorado em Gerontologia Biomédica.

1. QUALIDADE DE VIDA. 2. TOMADA DE DECISÃO. 3. PRÓTESE DENTÁRIA. 4. IDOSO. 5. ODONTOLOGIA GERIÁTRICA. 6. GERIATRIA. 7. GERONTOLOGIA. 8. ESTUDOS OBSERVACIONAIS. I. Moriguchi, Yukio. II. Padilha, Dalva. III. Título.

C.D.D. 617.69

C.D.U. 616.314-089.28-053.9:519.816(043.2)

N.L.M. WU 515

Rosária Maria Lúcia Prenna Geremia  
Bibliotecária CRB10/196

# SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b> .....	6
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	7
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	8
<b>RESUMO</b> .....	9
<b>ABSTRACT</b> .....	10
1. Introdução.....	11
2. Referencial Teórico.....	14
2.1.Envelhecimento Populacional: um fenômeno demográfico em franca ascensão e suas implicações.....	14
2.2.Envelhecimento e Impacto na Saúde Bucal: o papel da odontogeriatría.....	17
2.3 Qualidade de Vida e Prótese Dentária em Idosos.....	21
2.4.Qualidade de Vida no Processo de Tomada de Decisão: percepção de coerção.....	25
3. Tese.....	32
4. Objetivos.....	33
4.1. Objetivos Específicos .....	33
5. Método .....	34
5.1 Delineamento.....	34
5.2. Fatores em Estudo e Desfecho.....	34
5.3. Fatores Intervenientes.....	34
5.4. População e Amostra.....	35
5.4.1. Logística.....	36
5.4.2. Variáveis Investigadas.....	36
5.5. Instrumentos.....	38
5.6. Análise Estatística.....	39

5.7 Aspectos Éticos.....	40
6. Resultados.....	41
7. Discussão.....	54
8. Considerações Finais.....	66
9. Conclusões.....	68
10. Referências .....	70
Anexo 1- Sub Escala de Percepção de Coerção em Pesquisa.....	86
Anexo 2- Instrumento de Desenvolvimento Psicológico Moral.....	88
Anexo 3- WHOQOL- OLD.....	90
Anexo4- WHOQOL - Brief .....	100
Anexo 5- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	108

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**CPOD-** índice que indica o número de dentes permanentes cariados, perdidos (extraídos e com extração indicada)

**IBGE-** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**OMS-** Organização Mundial da Saúde

**WHOQOL-OLD-** World Health Organization Quality of Life Group

**WHOQOL-BRIEF-** World Health Organization Quality of Life Group (versão breve)



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Classificação das fases de desenvolvimento psicológico-moral de acordo com a média dos valores obtidos utilizando o instrumento de Souza. (adaptção de Loevinger, 1982).....	27
<b>Tabela 2.</b> Fases do desenvolvimento psicológico-moral dos homens e mulheres idosos.....	43
<b>Tabela 3.</b> Indicadores de qualidade de vida de homens e mulheres idosos relacionados a atividades passadas, presentes e futuras, a atividades sociais e íntimas.....	50

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Expectativa de vida média das diferentes regiões do Brasil em 2005. Fonte: IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.....	16
<b>Figura 2.</b> Comparação entre homens e mulheres das respostas relacionadas a questões sensoriais através dos investigados através do WHOQOL-OLD.....	45
<b>Figura 3.</b> Comparação entre homens e mulheres das respostas relacionadas a questões de autonomia de vida através do WHOQOL-OLD.....	47
<b>Figura 4.</b> Comparação entre homens e mulheres das respostas relacionadas a morte através do WHOQOL-OLD. ....	49
<b>Figura 5.</b> Distribuição dos valores obtidos na escala de qualidade de vida WHOQL-BRIEF comparando idosos homens e mulheres. Esta escala possui 24 questões com valor máximo de 130 pontos. Quanto maior o número de pontos maior a qualidade de vida.....	52

## RESUMO

**Introdução:** A qualidade de vida nos idosos está diretamente relacionada ao estado de saúde geral, bem como, ao estado de saúde bucal. Qualidade de vida associada à saúde bucal tem sido definida como uma avaliação multidimensional mais detalhada da reabilitação protética. **Objetivo:** avaliar a qualidade de vida, a capacidade de tomada de decisão e a percepção de coerção em idosos usuários de prótese dentária. **Metodologia:** estudo transversal, observacional, analítico não-probabilístico. Para tanto, 38 idosos foram selecionados do Serviço de Atendimento Odontológico da PUCRS e clínicas privadas. Os instrumentos utilizados para a análise foram os seguintes: Escala de Percepção de Coerção em Assistência, Instrumento Desenvolvimento Psicológico-moral, WHOQOL – OLD e WHOQOL – Bref. **Resultados:** Dos 38 idosos incluídos no estudo, 16 eram do gênero masculino e 22 do gênero feminino. A idade média dos homens foi de  $75,44 \pm 8,82$  anos e das mulheres foi de  $74,95 \pm 7,15$  anos. Com relação à percepção de coerção, as mulheres apresentaram alguma percepção de coerção, porém não se verificou diferença significativa entre os dois gêneros ( $p=0,950$ ). Observou-se uma maior frequência dos homens na fase autônoma, enquanto a maioria das mulheres encontrou-se na fase conscienciosa. Os valores médios deste teste também foram similares entre o gênero (homens =  $5,0 \pm 0,7$  e mulheres =  $4,6 \pm 0,9$ ) ( $p=0,175$ ). 75,0% das mulheres disseram não controlar, controlar pouco ou mais ou menos o seu futuro enquanto que somente 43,8% dos homens deram esta resposta (0,05). A pontuação média geral do WHOQOL-OLD foi de  $34,1 \pm 5,6$  para os homens e  $32,2 \pm 6,9$  para as mulheres ( $p=0,384$ ). No WHOQOL-BREF os valores médios dos idosos foram de  $94,2 \pm 11,0$  para os homens e  $89,5 \pm 18,1$  para as mulheres ( $p=0,360$ ). Não se verificou associação entre qualidade de vida, percepção de coerção e tomada de decisão em idosos com prótese dentária. **Conclusão:** o problema dentário que levou a colocação de prótese nos idosos dessa amostra (eliminados outros fatores) não contribuiu para que os mesmos tivessem uma qualidade de vida ruim.

**Palavras-chave:** idoso, qualidade de vida, prótese dentária, percepção de coerção, desenvolvimento psicológico moral.

## ABSTRACT

**Introduction:** The quality of life in elderly is related to the state of general health, as well as, to the state of oral health. Quality of life associated with the oral health has been defined as a most detailed multidimensional evaluation of the prosthetic rehabilitation. **Objective:** to evaluate the quality of life, the capacity of decision taking and the perception of coercion in elderly users of dental prosthesis. **Methodology:** transversal, observacional, analytical study and not probabilist. Were selected 38 aged ones of the Service of Odontological Attendance from PUCRS and private clinics. the instruments used for the analysis had been the following ones: Scale of Perception of Coercion in Assistance, Instrument Development Psychological-moral, WHOQOL - OLD and WHOQOL - Bref. **Results:** Of the 38 elderly included in the study, 16 were men and 22 were women. The average age of the men was of 75,44±8,82 years and of the women it was of 74,95±7,15 years. With regard to the coercion perception the women had presented some perception of coercion, however, was not observed significant differences between the two genders ( $p=0,950$ ). A higher frequency of the men in the independent phase was observed, while the majority of the women met in the conscientious phase. The average values of this test had also been similar between the genders (men=  $5,0\pm0,7$  and women =  $4,6\pm0,9$ ) ( $p=0,175$ ). 75.0% of the women said not to control, to control little or more or less its future whereas only 43.8% of the men given this reply (0,05). The general average of WHOQOL-OLD of the 34,1±5,6 for men and 32,2±6,9 for the women ( $p=0,384$ ). In the WHOQOL-BREF the average values of elderly were 94,2±11,0 for men and 89,5±18,1 for women ( $p=0,360$ ). was not verified association between quality of life, perception of coercion and taking of decision in elderly with prosthesis dental. **Conclusion:** the dental problem that took the use of the prosthesis in the elderly of this sample (eliminated other factors) did not contribute so that the same ones had a quality of bad life.

**Key-word:** elderly, quality of life, dental prosthesis, perception of coercion, Development Psychological-moral.

## **1 INTRODUÇÃO**

Um dos maiores desafios da ciência na atualidade é enfrentar o processo de envelhecimento que está em franca ascensão mundial. Esse fenômeno demográfico ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, entretanto nas últimas décadas países em desenvolvimento, como o Brasil, também estão mostrando mudanças na sua pirâmide etária. No Brasil, o número de idosos ( $\geq 60$  anos de idade) passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 (um incremento de 500% em 40 anos) e as projeções indicam que esse contingente alcançará 32 milhões em 2020.<sup>i</sup> No caso do Rio Grande do Sul, o processo de envelhecimento ainda é mais evidente em relação a outros Estados da Federação, por exemplo, a expectativa de vida dos homens gaúchos na década de 70 era 63,6 e das mulheres de 70 anos. Contudo, observou-se um incremento significativo nesses números, pois a população gaúcha tem alcançado, atualmente, uma expectativa de vida ao nascer de 66,8 para os homens e de 74,5 anos para as mulheres, representando um dos Estados com maior longevidade.<sup>ii</sup>

O fenômeno de envelhecimento nas populações é frequentemente acompanhado de doenças crônicas degenerativas com alta carga de morbidade, que gera incapacidades e dependência, e mortalidade. Na população idosa tanto a

incidência quanto a prevalência de doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, neoplasias, artrite, perda de audição, suscetibilidade a infecções (virais e bacterianas), depressão, declínio cognitivo e demências é elevada.<sup>iii</sup> Talvez, devido a essa evidência preocupante, a saúde bucal dos idosos tenha sido relegada a um segundo plano.

Todavia, esse panorama vem mudando e o interesse da odontologia sobre o segmento idoso tende a aumentar. Isto porque, os idosos, em geral, apresentam grande quantidade de problemas bucais, como dentes extraídos, doenças periodontais, lesões de mucosa bucal e necessidade de próteses. Na população brasileira esse panorama não é diferente, pois a saúde bucal da população de idosos no Brasil apresenta-se, de modo geral, precária. O levantamento epidemiológico sobre a saúde bucal da população brasileira, realizado pelo Ministério da Saúde nos anos de 2002 e 2003, mostrou que o edentulismo tornou-se um problema de Saúde Pública e gerando uma grande demanda de tratamentos protéticos.<sup>iv</sup> Nesse sentido, a odontologia cumpre um papel essencial de promover, prevenir, reabilitar e manter a saúde bucal dos indivíduos, afim que não haja comprometimento na nutrição deste individuo devido as dificuldades na sua alimentação, e por conseqüência, na sua saúde geral e estado psicológico.<sup>v</sup>

A autopercepção do idoso em relação ao estado da sua saúde bucal é uma variável fundamental para o profissional que irá atendê-lo, avaliar a necessidade de prótese dentária, e pode caracterizar também o seu grau de qualidade de vida. Portanto conhecê-la, seria um dos critérios a ser adotada para promover a personalização e maior qualidade ao atendimento.

Um dos aspectos mais estudados nessa área é a questão do impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida dos idosos. A qualidade de vida nos idosos está diretamente relacionada ao estado de saúde geral, bem como ao estado de saúde bucal. Isto porque, a perda de dentes e o uso de próteses afetam a saúde bucal, e desencadeiam problemas funcionais na alimentação, fala e desconforto social quando sorri. <sup>vi</sup> Por outro lado, são praticamente inexistentes os estudos que avaliam a qualidade de vida desses idosos no processo decisório na indicação e uso de prótese dentária.

Uma vez que o fenômeno “Qualidade de Vida” tem múltiplas dimensões, tais como, a física, a psicológica e social cada uma comportando vários aspectos, é concebível pressupor que o mesmo possa interferir, de alguma forma, no processo de tomada de decisão do idoso. A tomada de decisão pode ser considerada uma função cognitiva fundamental para uma satisfatória interação do indivíduo com seu contexto biopsicosocial. E o envelhecimento, aliado a uma boa ou má qualidade de vida pode afetar tanto a velocidade quanto a qualidade da tomada de decisão. Outro ponto importante que deve ser ressaltado é a percepção do idoso como sujeito de coerção, tanto física quanto moral, na sua tomada de decisão.

Dessa forma, é imprescindível dar início às investigações que abordem esse tema em idosos, pois é segmento da população que está em franco crescimento demográfico, além de apresentar perdas, não somente fisiológicas, mas também psicosociais que podem afetar de forma negativa a sua qualidade de vida e, conseqüentemente, a sua capacidade de tomar decisões. É dentro deste

contexto, que a presente tese pretende contribuir para a construção de uma nova abordagem odontogerétrica para atender, tanto o idoso com indicação de prótese dentária, quanto o portador da mesma, visando um envelhecimento bem sucedido com autonomia, independência e maior qualidade de vida.



## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Envelhecimento populacional: um fenômeno demográfico em franca ascensão e suas implicações**

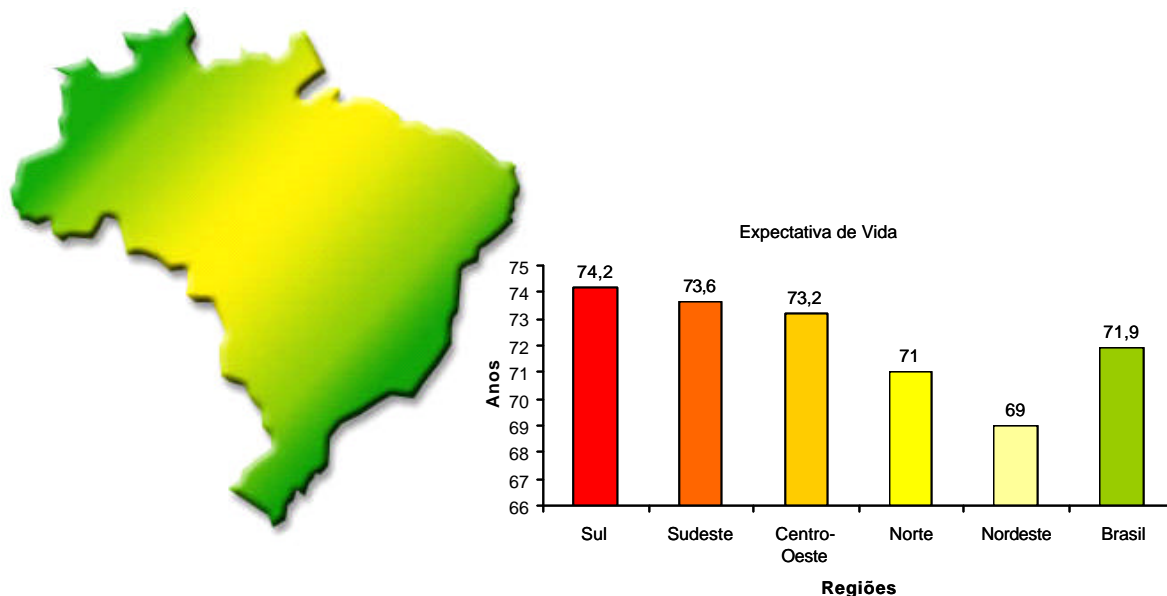
O século XX foi marcado por um espetacular avanço da ciência e da tecnologia, resultando em um imenso desenvolvimento da humanidade sob vários aspectos. Esse crescimento ocasionou repercussões positivas para a sociedade como um todo, entre elas as consideráveis transformações na pirâmide etária. O envelhecimento da população tornou-se, então, um fenômeno de amplitude mundial. O desafio se constitui em conferir uma maior sobrevida com uma melhor qualidade de vida.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000), o número de idosos no Brasil vem aumentando significativamente a cada década, desde 1950. Esses índices conduzem à expectativa de que, no ano de 2020, o Brasil possuirá 32 milhões de pessoas com idade superior a 60 anos, representando 15% da população total.<sup>i,vii</sup> Dentro desse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS), faz uma projeção de que, em 2025, o Brasil será apontado como o 6º país do mundo em população idosa.<sup>viii</sup>

A expectativa média de vida do brasileiro atingiu a marca de 71,9 anos. É o que mostra a pesquisa Tábua de Vida 2005 do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).<sup>ix</sup> A esperança de vida do brasileiro passou de 71,7 anos, em 2004, para 71,9 anos, em 2005 - um aumento de dois meses e 12 dias. A comparação da expectativa de vida entre os Estados revela as desigualdades e contrastes regionais do país. Enquanto o Nordeste figura no ranking com a pior média (69 anos), a região Sul tem a maior expectativa de vida, de 74,2 anos (Figura 1). No Rio Grande do Sul, a expectativa de vida passa de 68,8 anos em 1980 para 73,4 anos no período de 2001 a 2003 (entre os homens é de 69,3 anos, e entre as mulheres 77,6 anos). Como principal motivo dessa elevação da expectativa média de vida, apresentam-se o declínio da fecundidade, o avanço da medicina e a melhora na qualidade de vida.<sup>x</sup> Apesar da elevação, a expectativa de vida no Brasil ainda é considerada baixa. O país é octogésimo sexto colocado no ranking da ONU, considerando as estimativas para 192 países, no período 2000-2005. De acordo com a projeção mais recente da mortalidade, somente por volta de 2040, o Brasil estaria alcançando o patamar de 80 anos de expectativa de vida ao nascer.<sup>xi</sup>

Os dados demonstram que o Brasil desponta como um país cuja população se encontra em rápido processo de envelhecimento: acontecimento caracterizado pelo progresso de todas as áreas do conhecimento humano, que tem se refletido na elevação da expectativa de vida. O avanço da medicina influenciou na diminuição das taxas de mortalidade - com a prevenção de patologias, a

incorporação de procedimentos diagnósticos precoces e tratamentos mais sofisticados, e na diminuição das taxas de fecundidade.<sup>xii</sup>



**Figura 1-** Expectativa de vida média das diferentes regiões do Brasil em 2005.

Fonte: IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Tal cenário vem apontando os problemas referentes ao processo de envelhecimento – aumento das doenças crônico-degenerativas associadas à idade - e indicando a necessidade de mudanças na sociedade para garantir condições que propiciem uma longevidade digna e com qualidade de vida na velhice. Assim, o envelhecimento demográfico, ao mesmo tempo em que pode ser considerado um triunfo pelo êxito obtido na redução da mortalidade infantil, no controle da fertilidade e fundamentalmente no aumento da expectativa de vida é, também, um fator de preocupação pela inexistência, hoje, de medidas políticas que satisfaçam as necessidades da população idosa.<sup>xiii</sup> Dessa forma, o aumento

da expectativa de vida vem se constituindo também como gerador de uma profunda crise mundial e com importantes implicações em diversas áreas, tais como: médica, social, econômica, política, dentre outras. Em decorrência disso, surgiram inúmeros questionamentos na busca de dar significado e sentido para a vida do idoso e possibilitar longevidade com qualidade de vida.

## **2.2 Envelhecimento e o Impacto na Saúde Bucal: o papel da odontogeriatría**

Segundo Cormack (2000) o envelhecimento tem sido definido como um processo biológico, ou como patológico ou, então, como um processo sócio-econômico ou psicossocial.<sup>xiv</sup> Se analisarmos em termos de conseqüências cronológicas ou psicológicas do envelhecimento, pode-se encontrar uma grande variação entre indivíduos, que afetam a definição do envelhecimento. Assim, a idade é, de qualquer modo, um limite arbitrário, uma vez que o envelhecimento é um processo contínuo, não se iniciando em nenhuma idade ou momento particular. Sobretudo, o envelhecimento é caracterizado por um processo dinâmico e progressivo, apresentando alterações nos campos morfológico, funcional, bioquímico e psicológico, que impõe ao indivíduo, alterações na capacidade de adaptação em relação ao meio ambiente, levando a uma maior vulnerabilidade e suscetibilidade a condições patológicas, o que pode até culminar com a morte.<sup>xv</sup> Nesse sentido o envelhecimento normal envolve as mudanças biológicas inexoráveis e universais, características do processo, tais como cabelos brancos,

alterações bucais (perda de dentes, por exemplo), rugas, menopausa, perda da função renal, etc. No caso da saúde bucal, o processo de envelhecimento não é responsável pelo aparecimento dessas alterações bucais, porém estas estão geralmente presentes em indivíduos idosos. Algumas alterações são comuns no envelhecimento como diminuição da capacidade mastigatória, dificuldade de deglutição, diminuição da salivação, modificações no paladar e perda da dimensão vertical (espaço medido da base do nariz à ponta do queixo quando os dentes estão cerrados, com a boca fechada) têm efeitos cumulativos negativos e prejudiciais para o indivíduo.<sup>xvi,xvii</sup> Estas mudanças ou patologias podem repercutir sobre a qualidade de vida do idoso devido ao seu impacto sobre o estado de saúde bucal. Sobretudo, especialmente por seu papel como indicador ou como fator de risco para diversas outras patologias bucais freqüentes em idosos tais como: cáries radiculares, infecções por fungos (queilite angular, candidíases, estomatite por dentadura), lesões da mucosa bucal (úlceras bucais, glossite, língua fissurada) e doenças periodontais.<sup>xviii</sup>

No Brasil a saúde bucal, ainda permanece relegada ao segundo plano, quando se discutem as condições de saúde da população idosa. A perda total de dentes (edentulismo) ainda é aceita pela sociedade como um fenômeno normal e natural inerente ao processo de envelhecimento, e não como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde, destinadas principalmente à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas.<sup>xix,xx</sup>

Em 1986 o Ministério da Saúde realizou o primeiro Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal (MS) incluindo apenas o grupo de pessoas com

50-59 anos, excluindo o grupo etário de acima de 60 anos. O índice CPOD, que indica o número de dentes permanentes cariados, perdidos (extraídos e com extração indicada) e restaurados, foi de 27,2 para essa faixa etária, com 86% de participação dos dentes extraídos. Isso, já naquela época, indicou as péssimas condições de saúde bucal em que se encontravam as pessoas com mais de 60 anos (Brasil/MS, 1988), estando longe de atingir a meta da OMS para o ano 2000, em que na faixa etária de 65-74 anos, 50% das pessoas deveriam apresentar pelo menos 20 dentes em condições funcionais.<sup>xxi</sup> O último levantamento do Ministério da Saúde, concluído em 2004, mostrou que 13% dos adolescentes nunca foram ao dentista; 20% da população brasileira já perderam todos os dentes; 45% dos brasileiros não têm acesso regular à escova de dentes.<sup>xxii,xxiii</sup>

Em um estudo realizado no Estado de São Paulo em 1998 foram examinados por um cirurgião-dentista 194 idosos (91 institucionalizadas, com idade média de 73,6 anos, e 103 não-institucionalizadas, com idade média de 69,3 anos) para determinar a prevalência das principais doenças bucais mostrou os seguintes resultados: (1) um grande número de pessoas com edentulismo (72% dos institucionalizados e 60% dos não-institucionalizados) e de dentes extraídos (93 e 90%, respectivamente); (2) grande freqüência de bolsas periodontais (57 e 75%) e (3) próteses inadequadas (80% das próteses em pessoas institucionalizadas e 61% em pessoas não-institucionalizadas).<sup>xxiv</sup> Um estudo mais recente, conduzido em 2006 na cidade de Londrina, também mostrou resultados semelhantes ao realizado em São Paulo em 1998. Por exemplo, esse estudo foi realizado para verificar a condição dentária e periodontal, o uso e necessidade de

prótese, e a presença de lesões associadas ao uso de prótese em 267 idosos residentes em uma área urbana do município de Londrina, Paraná. Os autores A média de idade dos idosos foi de 66,5 anos. O índice de dentes cariados, perdidos e obturados encontrado foi de 27,9, com maior participação dos dentes perdidos (85,9%). A média de dentes presentes entre as mulheres (5,7 dentes) foi menor do que entre os homens (11,6 dentes) ( $p < 0,01$ ). O edentulismo foi detectado em 43,1% dos idosos, e a presença de 20 dentes naturais ou mais em 8,8% das mulheres e 28% dos homens ( $p < 0,01$ ). Dos 408 sextantes que possibilitaram avaliação periodontal, 49,2% apresentavam bolsa periodontal. A necessidade de prótese foi de 45,7% na arcada inferior e 19,1% na superior, com maior frequência no gênero masculino. Dos 204 indivíduos que usavam prótese, 40,7% apresentavam lesões de mucosa.<sup>xxv</sup> Tanto o estudo anterior quanto este realizado em Londrina indicaram que os idosos, em geral, apresentam alta prevalência de problemas bucais, comprometimento da sua qualidade de vida, e com necessidade de tratamento odontológico e programas de saúde bucal que atendam às necessidades específicas desse segmento da população.

Mersel et al., (1986) revisaram a literatura quanto às características clínicas dentárias do idoso.<sup>xxvi</sup> A incidência do completo edentulismo é geralmente maior entre as mulheres e 72% dos usuários de próteses totais estão satisfeitos com suas próteses, entretanto, apenas 10 a 15% destas próteses são consideradas aceitáveis de acordo com o padrão profissional. Entretanto, apesar dos altos índices de edentulismo ainda presentes na população brasileira, em países desenvolvidos há tendência de maior retenção dos dentes naturais pela população que está envelhecendo, o que aumenta a complexidade de cuidados pessoais e

de atenção profissional com a pluralidade de quadros clínicos.<sup>xxvii,xxviii</sup> Os dados na literatura sobre a odontologia na prática interdisciplinar em idosos ainda são incipientes. Uma das razões dessa dificuldade de vivência interdisciplinar para a odontologia reside na formação de base tecnicista, que privilegia o enfoque de superespecialização.<sup>xxix</sup> Que segundo Shinkai e Del Bel Cury (2000) é uma visão limitada de postura odontológica intervencionista, que tem suas raízes históricas enraizadas em conceitos ultrapassados de saúde bucal desvinculada da saúde geral, sendo totalmente inadequada para o atendimento ao idoso.<sup>xxx</sup>

Nesse contexto, a odontologia geriátrica ou odontogeriatría começa a ganhar espaço, pois devido à diversidade e a complexidade do idoso, a atuação do cirurgião-dentista torna-se fundamental, na medida em que participa, analisa e integra conhecimentos específicos de diversas áreas com o objetivo comum de promover e manter a saúde do idoso, bem como, diminuir o impacto negativo dos problemas bucais na sua qualidade. Além disso, cabe ao profissional (cirurgião-dentista) proporcionar ao seu paciente idoso as condições necessárias para um bom tratamento e sucesso do mesmo, sabendo avaliar as melhores alternativas de trabalho associadas a sua sensibilidade quanto à percepção de problemas relacionados ao comportamento.<sup>xxxi</sup>

### **2.3 Qualidade de Vida e Prótese Dentária em Idosos**

No Brasil, os estudos que avaliam a qualidade de vida iniciaram a partir de 1975, expandindo-se em 1992, utilizando-se uma gama enorme de instrumentos, mas não específicos para avaliar a qualidade de vida dos idosos. Hoje, é possível



observar trabalhos mais consistentes, como tradução, adaptação transcultural e validação de questionários estrangeiros, mesmo assim ainda são escassos. <sup>xxxii</sup>

Alguns pesquisadores que buscam avaliar, medir ou descrever a qualidade de vida em idosos têm utilizado ferramentas de caráter quantitativo e outras qualitativas. <sup>xxxii,xxxiii,xxxiv,xxxv,xxxvi</sup> O construto qualidade de vida abrange, no mínimo, dois aspectos, um objetivo e outro subjetivo.

As condições objetivas estão baseadas em variáveis clínicas ou indicadores biomédicos, por exemplo: as competências comportamentais do indivíduo, as condições físicas do ambiente, a disponibilidade dos serviços de saúde, lazer e educação, o nível de renda, as características da rede de relações informais e dos apoios proporcionados por seus membros, o índice de urbanização e alfabetização, os padrões sociais de morbidade e mortalidade para as várias faixas de idade, as condições de trabalho.

As condições subjetivas estão apoiadas nos valores e crenças do sujeito, verificadas de modo indireto, com base em relatos dos indivíduos e nas opiniões que vigoram no grupo sobre as condições objetivas de que dispõem sobre o grau em que lhes parecem satisfatórias e sobre seus efeitos no bem-estar individual e coletivo. <sup>xxxvi,xxxvii</sup> A partir desse entendimento, é imprescindível avaliar a qualidade de vida nestes dois contextos.

Há necessidade de estudos que visem contextualizar o processo de envelhecimento em suas dimensões biológicas, sociais, culturais, psicológicas, espirituais e ambientais, bem como apontar políticas que possam viabilizar, de forma compatível, as necessidades dos idosos. Mister é que se conheçam as múltiplas facetas que envolvem o processo de envelhecimento, para que o desafio

seja enfrentado por meio de planejamento adequado. Há que se ter uma visão global do envelhecimento enquanto processo, e dos idosos enquanto indivíduos.<sup>xxxviii</sup>

Nesse sentido, acredita-se que envelhecer com qualidade de vida é um desafio que se impõe à sociedade atual. O prolongamento da vida tem pouco sentido caso a qualidade de vida não seja preservada. Dessa forma, torna-se importante investigar a qualidade de vida dos idosos através da utilização de um instrumento específico para esta população (WHOQOL-OLD) e pela busca de sua opinião a respeito dos fatores que consideram importantes para o envelhecimento com qualidade de vida. É, na verdade, visualizar os idosos dentro da perspectiva que eles gostariam de ser reconhecidos.

Revisando a literatura sobre qualidade de vida e a saúde bucal verificou-se cinco maneiras distintas, embora sobrepostas, na qual o conceito positivo de saúde tem se constituído: (1) saúde positiva com a ausência de estados negativos de saúde; (2) saúde positiva expressa positivamente em palavras; (3) os resultados positivos da saúde bucal; (4) saúde bucal positiva como uma série de atributos psicológicos e sociais e, (5) os resultados positivos de condições crônicas, tais como as diferenças bucais e as craniofaciais. Cada uma destas maneiras pode ser desafiada em campos conceituais ou metodológicos.<sup>xxxix</sup>

A qualidade de vida associada à saúde bucal tem sido definida como uma avaliação multidimensional mais detalhada da reabilitação protética. Saúde bucal associada à qualidade de vida também pode ser definida como parte da qualidade de vida que é afetada pela saúde bucal de um indivíduo. A saúde bucal tem um papel relevante na qualidade de vida dos idosos, uma vez que o comprometimento

da saúde bucal pode afetar negativamente o nível nutricional, o bem estar físico e mental, bem como diminuir o prazer de uma vida social ativa.<sup>xi</sup>

Vários estudos têm mostrado que problemas relacionados à saúde bucal podem afetar de forma negativa a qualidade de vida do idoso.<sup>xli, xlii, xliii</sup> Nesse caso, também é importante destacar o uso da prótese dentária pelo idoso, pois pode ter impacto na sua qualidade de vida.<sup>xliv</sup> Durante as últimas duas décadas o estudo sobre o grau de satisfação dos pacientes com o tratamento dentário com o uso da prótese dentária tem frutificado.<sup>xxxix</sup> Isto porque, as questões específicas relacionadas ao uso da prótese dentária, como por exemplo, a satisfação com o conforto, estética, fácil manejo (higiene) e a função mastigatória, são aspectos que estão aperfeiçoando a confecção de próteses dentárias. Para auxiliar na recuperação destas funções, existem vários tipos de próteses dentárias que podem ser confeccionadas, dependendo de cada caso e oferecendo diferentes graus de eficiência mastigatória, resolução estética e facilidade de manutenção. Hoje, a prótese dentária total substitui, além de ambos os arcos dentários perdidos, a fibromucosa gengival e devolve ao paciente a recomposição do sistema estomatognático, e também o bem-estar biopsíquico e social. A Odontologia já conta com novas tecnologias para reabilitação bucal, como os implantes osseointegrados.

No aspecto da nutrição adequada e da mastigação deve-se levar em conta o trabalho de Truhlar et al. (1997), que afirmam haver grande diferença mastigatória entre próteses e dentes naturais.<sup>xlv</sup> Na região dos molares, por exemplo, em pacientes dentados há uma força de 150 a 250 psi (libras por polegada quadrada), enquanto no edentado essa é de apenas 50 psi. Assim, o

desempenho mastigatório vai de 90% (com dentes) até 50% (com próteses totais). Mesmo a correlação entre dieta adequada e o uso das próteses pode ser observada melhor em pacientes portadores de próteses totais: somente 19% procuram comer todos os alimentos antes usados, cerca de 50% chegam a evitar muitas comidas (dando preferência às mais macias), enquanto 17% dos pacientes têm mais confiança em mastigar sem as próteses, usando-as apenas como um “ornamento social” (e não funcional), o que compromete, e muito, sua ingestão de nutrientes corretos e a estimulação da musculatura da face. Por outro lado, Allen et al. (2001) sugere que a prótese dentária convencional pode, também ser um tratamento adequado resultando em alta qualidade de vida relacionada à saúde bucal.<sup>xlvi</sup> Além disso, a utilização de próteses totais na reabilitação bucal devolve aos pacientes, não somente, as capacidades mastigatória e fonética, a estética e as condições de interagir socialmente, mas principalmente a sua auto-estima.

#### **2.4 Qualidade de Vida no Processo de Tomada de Decisão: percepção de Coerção**

Segundo Fleck (2002) qualidade de vida também pode ser entendida como “a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.<sup>xlvii</sup> É um conceito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com

características proeminentes no ambiente. À medida que um indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência.<sup>xlvi, xlviii</sup> Nesse contexto, a noção de autonomia refere-se a um atributo do sujeito como pessoa, com a potencialidade de dar a si mesmo o sentido e a norma da existência, tendo suas raízes na Filosofia. Exercer a autonomia requer a existência de um sujeito consciente para refletir, discutir, avaliar e deliberar sobre a correção dos atos morais, tanto no âmbito mais íntimo, pessoal e individual (sobre si mesmo) quanto na esfera das relações intersubjetivas e sociais. Requer, ainda, um sujeito que exercita a sua vontade, enquanto capacidade para deliberar diante das opções surgidas. Essa capacidade pode basear-se em diversas habilidades necessárias ao processo de tomada de decisão, tais como: a possibilidade de envolver-se com o assunto, de compreender ou avaliar o tipo de alternativas e a possibilidade de comunicar a sua preferência.<sup>xlix</sup> Portanto, para atingir tal capacidade o indivíduo deve enfrentar uma sucessão de estágios desenvolvimentais (desenvolvimento do ego) correspondentes a níveis de perspectiva social. Loevinger considera uma seqüência desenvolvimental de seis estágios (do Eu-1 ao Eu-6) e três níveis de transição (Eu-delta/3; Eu-3/4 e Eu-4/5).<sup>l</sup> Entretanto, Souza (1968)<sup>ii</sup> fez uma adaptação à classificação de Loevinger comparável às demais já descritas para o desenvolvimento moral, com a vantagem de estabelecer uma seqüência única de níveis, abordando simultaneamente a função cognitiva e a sua integração que foi utilizada no presente estudo (Tabela 1). Os estágios de desenvolvimento moral traduzem formas cada vez mais elaboradas e racionais de justificar as decisões e de solucionar os conflitos.

**Tabela 1.** Classificação das fases de desenvolvimento psicológico-moral de acordo com a média dos valores obtidos utilizando o instrumento de Souza. (adaptção de Loevinger, 1982)

<b>Fases do desenvolvimento Psicológico-moral</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Características</b>
<b>1) Pré-social</b>	(0,1 – 1,0)	Início do desenvolvimento, ainda pré-verbal
<b>2) Impulsiva</b>	(1,1 – 2,0)	O indivíduo toma decisões por impulso, baseado apenas em seu desejo, não considerando as informações
<b>3) Oportunista</b>	(2,1 – 3,0)	Supervalorização dos desejos e a valorização das informações para atingi-los
<b>4) Conformista</b>	(3,1 – 4,0)	As crenças do indivíduo se sobrepõem aos seus próprios desejos e justificam as contingências impostas pelo meio
<b>5) Conscienciosa</b>	(4,1 – 5,0)	O indivíduo é capaz de tomar decisões de forma mais autônoma, cotejando os desejos e as crenças, mas, ainda é passível de constrangimento, pois não tem a noção de regra introjetada
<b>6) Autônoma</b>	(5,1 – 6,0)	O indivíduo já possui as regras introjetadas e é capaz de tomar decisões livres de constrangimento de forma independente
<b>7) Integrada</b>	(6,1 – 7,0)	O indivíduo possui a noção da regra individual introjetada, mas se vê como parte de um todo, com a compreensão da interdependência existente

Palmini (2004) postula que a tomada de decisão pode ser considerada uma função cognitiva fundamental para uma satisfatória interação do indivíduo com seu contexto social. Diariamente as pessoas são requeridas a decidirem entre diversos cursos de ação, onde nem sempre a opção mais favorável encontra-se evidente. Isto exige do ser humano, não somente perspicácia na hora de solucionar tais

dilemas cotidianos, como também flexibilidade ao considerar cada situação individualmente, suas características e conseqüências, em um tempo presente e futuro.<sup>lii</sup>

Dentro do paradigma cognitivo, a tomada de decisão é definida como uma função complexa que envolve a escolha entre duas ou mais opções, demandando a análise das características dessas opções e a estimativa de conseqüências futuras acarretadas pela escolha.<sup>liii</sup>

Sob o prisma de Antonio Damasio (1996), o processo de decisão supõe que o indivíduo conheça: (a) a situação que requer determinada decisão, (b) as distintas possibilidades de ação, e (c) as conseqüências imediatas e futuras de cada uma destas ações.<sup>liv</sup>

Uma questão relevante a ser discutida é que estas características e habilidades não são unicamente dependentes da idade cronológica do indivíduo. O fato de a pessoa ter atingido uma determinada idade legal não garante que ela já tenha capacidade para tomar decisões. A capacidade deve ser vista como uma função contínua e não do tipo “tudo-ou-nada”. Uma criança já pode ter capacidade para lidar com determinadas situações assim como os adolescentes. Um idoso, pelo simples fato de ter uma idade avançada, não tem, obrigatoriamente, perda de capacidade para tomar decisões, ao contrário, pode ter uma melhor compreensão do processo como um todo. A validade moral e legal do processo de consentimento depende da capacidade do indivíduo.<sup>xlix</sup>

Alguns autores propõem que de acordo com a relação risco-benefício envolvida no procedimento que será realizado e a opção possível a ser tomada pelo indivíduo, deveria ser exigida maior ou menor capacidade para consentir. A

recusa de um procedimento com relação risco-benefício favorável ou a aceitação de uma situação com relação risco-benefício desfavorável deveria exigir que o indivíduo tivesse plena capacidade para decidir. É uma situação similar a que se utiliza na estatística ao estabelecer os erros do tipo I e II quando são realizados testes de hipóteses. O pressuposto é de que aceitar uma situação favorável ou recusar uma desfavorável atende aos melhores interesses da própria pessoa, ao contrário das duas outras situações previstas.<sup>lv</sup> Alguns autores têm questionado a justificativa dos médicos e outros profissionais quando solicitam avaliações sobre a capacidade de seus pacientes. Muitas vezes estas avaliações têm a finalidade apenas de eximir o profissional de possíveis demandas futuras, buscando isentar a sua responsabilidade. <sup>lvi</sup>Outra importante característica pessoal a ser considerada no processo de consentimento informado é a voluntariedade. Ela garante o poder de optar por uma das alternativas propostas. A voluntariedade é a possibilidade de escolher no seu melhor interesse, livre de pressões externas. As pessoas com voluntariedade preservada organizam a sua vida com base em um conjunto de crenças, valores, interesses, desejos e objetivos. Estes elementos permitem que a decisão de cada pessoa seja peculiar. O importante é diferenciar um valor ou crença pessoal de uma situação de coerção por terceiros, de constrangimento no ato de optar por uma das alternativas. Isto é extremamente relevante quando se consideram os grupos de pessoas vulneráveis. São assim considerados os grupos onde os seus indivíduos, pelo simples fato de serem seus integrantes, podem ter alguma restrição a sua voluntariedade. Isto vale, tanto para as situações de assistência, quanto para as de pesquisa e deve ser levado em consideração no consentimento informado.



A voluntariedade pode ser afetada pela restrição parcial ou total da autonomia da pessoa ou pela sua condição de membro de um grupo vulnerável. As pessoas doentes, por estarem fragilizadas, são mais facilmente manipuladas no processo de obtenção de um consentimento informado. É óbvio que a validade do consentimento depende da garantia de que não houve coerção neste processo. Mesmo assim, é importante que o pesquisador esteja atento a formas sutis de pressão ou manipulação para que a pessoa que está sendo convidada aceite.

Coerção, segundo Piaget (1928) é “toda relação entre dois ou mais indivíduos na qual intervém um elemento de autoridade ou de prestígio”.<sup>lvii</sup> Ainda de acordo com o mesmo autor, a coerção “existe na medida em que é sofrida, (...) independentemente do grau efetivo de reciprocidade existente” (Piaget, 1977).<sup>lviii</sup>

No caso onde envolva pesquisa clínica ou tratamento de saúde, Nelson & Merz (2002)<sup>lix</sup> postulam que coerção envolve o uso de ameaça crível ou de dano para forçar a participação ou aderência de um indivíduo ao tratamento ou pesquisa. Um resultado do comportamento coercitivo, por exemplo, pode ser o medo do paciente da perda de benefícios dos cuidados médicos ou de retaliação por recusar a participação. Indivíduos idosos com capacidade cognitiva diminuída, o status socioeconômico e a posição da família podem ser fatores que restrinjam a habilidade do sujeito que sofre coerção de tomar decisão voluntária, bem como se tornar mais vulnerável a ameaças.

Na literatura mundial há uma escassez de estudos sobre processo e percepção de coerção associada a situações de pesquisa e de assistência, sendo

que o maior número de publicações sobre esse tema encontra-se na área da internação psiquiátrica e violência sexual.

Em situações assistências é muito freqüente que uma pessoa, cuja família tenha uma forte convicção religiosa, possa sentir-se constrangida em tomar uma decisão que contrarie os preceitos estabelecidos por esta doutrina. Muitas vezes a decisão é tomada com base nos valores do grupo e não do próprio indivíduo. A pessoa assume isto por tradição e não por convicção. O profissional conversando com o paciente em particular, sem a presença de seus familiares ou membros de sua comunidade religiosa pode permitir que ela expresse a sua opção, livre desta coerção social. Para que isto ocorra, é fundamental o reconhecimento de que existe um vínculo de confiança entre o paciente e o profissional. Esta confiança recíproca permite o compartilhamento de informações, a livre expressão de suas crenças e desejos, dá a garantia da preservação da privacidade e o planejamento de ações futuras.

É dentro dessa ampla abordagem biopsicosocial da qualidade de vida do idoso, envolvendo questões relacionadas a sua autonomia e capacidade de tomar decisões que a odontogeriatría deve construir o seu espaço, buscando ações que resultam da avaliação e escolha entre múltiplas possibilidades sobre “o que fazer” e “como fazer”. Essas ações devem manter um mínimo de articulação entre si, respeitando a capacidade de tomada de decisão do idoso a cerca da indicação e uso da prótese dentária.

### **3. TESE**

Uma vez que a colocação de prótese dentária em idosos é uma prática usual é fundamental que sejam delineados estudos para se avaliar o impacto da qualidade de vida na capacidade do idoso no processo de tomada de decisão na indicação e uso de prótese dentária. Estudos nessa área são praticamente inexistentes, isto porque, a maioria das investigações que avaliam a associação entre qualidade de vida e capacidade psicológica moral sobre este procedimento, são conduzidos em crianças e adultos. Neste caso, é imprescindível dar início às investigações que abordem esse tema em idosos, pois é segmento da população que está em franco crescimento demográfico, que ainda apresenta uma saúde bucal precária, além de apresentar outras perdas não somente fisiológicas, mas também psico-sociais. Tais perdas podem afetar de forma negativa a qualidade de vida do idoso e, conseqüentemente, a sua capacidade de tomar decisões. Dentro deste contexto, a presente tese postula que uma boa qualidade de vida do idoso pode influenciar de forma positiva a percepção de coerção e o processo de tomada de decisão na indicação e uso de prótese dentária.

## **4 OBJETIVOS**

Avaliar a qualidade de vida, a capacidade de tomada de decisão e a percepção de coerção em usuários de prótese dentária.

### **4.1 Objetivos Específicos:**

- Avaliar a Capacidade de Tomada de Decisão nos idosos participantes do projeto;
- Avaliar a Coerção no Processo de Tomada de Decisão nos idosos participantes do projeto;
- Avaliar a Qualidade de Vida, através do WHOQOL OLD e do WHOQOL - Brief
- Avaliar a associação entre Qualidade de Vida, Capacidade de Tomada de Decisão e Coerção.

## **5. MÉTODO**

### **5.1 Delineamento**

Estudo foi do tipo transversal, observacional, analítico não- probabilístico.

### **5.2 Fatores em estudo e Desfecho**

O Fator em estudo neste projeto de pesquisa foi o uso de prótese dentária e o impacto da mesma na auto-percepção da qualidade de vida de idosos, sua percepção da coerção e de capacidade de tomada de decisão.

### **5.3 Fatores Intervenientes:**

Variáveis como gênero, perfil sócio-econômico e cultural, e indicadores gerais de saúde foram considerados os principais fatores intervenientes neste estudo.

## 5.4 População e Amostra

A amostra deste estudo foi composta por idosos que já tinham realizado o procedimento de colocação de prótese dentária, atendidos no Serviço de Atendimento Odontológico da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul ou em Clínicas Odontológicas privadas. O tamanho da amostra foi calculado obedecendo a critérios de aleatoriedade e representatividade entre 35 a 40 indivíduos considerando que os critérios de exclusão diminuem muito idosos com as características necessárias a participação do estudo. Isto porque, idosos com plurimorbidades ou com características sócio-demográficas e cognitivas que pudessem afetar diretamente a qualidade de vida e assim a avaliação do impacto da colocação da prótese no seu cotidiano foram excluídos da análise.<sup>lx</sup> Para o cálculo de tamanho de amostra utilizou-se um  $\alpha = 0,05$  ( 5%) e  $\beta = 90\%$ .<sup>lxi</sup>

**Critérios de Inclusão:** indivíduos com idade  $\geq$  60 anos, de ambos os gêneros, que já tinham realizado o procedimento de colocação de prótese dentária e que fossem, pelo menos alfabetizados. Todos os indivíduos incluídos no estudo eram autônomos e sem morbidades que pudessem afetar a análise da qualidade de vida relacionada com a colocação da prótese.

**Critérios de Exclusão:** indivíduos com idade  $<$  60 anos; idosos sem prótese dentária, analfabetos e com declínio cognitivo acentuado. Idosos com plurimorbidades, com doenças crônicas não-controladas, com morbidades que

afetassem o estado de humor negativo (depressão, hipotireoidismo, etc.) foram também excluídos do estudo.

#### **5.4.1 Logística**

Os indivíduos incluídos no estudo foram selecionados (através dos prontuários do Serviço) e recrutados. Nesta ocasião, os que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento e Esclarecido. Os idosos recrutados foram então argüidos (através de uma entrevista estruturada) nas dependências do Serviço de Atendimento Odontológico da PUCRS ou em Clínicas Odontológicas privadas

#### **5.4.2 Variáveis a serem investigadas:**

- 1) **Perfil geral e de saúde:** foram investigadas variáveis sócio-demográficas, econômicas, culturais e de saúde (gênero, idade, estado civil, escolaridade, renda e morbidades) dos idosos participantes do estudo;
- 2) **Capacidade de tomar decisão:** a capacidade para a tomada de decisão foi avaliada através do instrumento de Desenvolvimento Psicológico – Moral. Os estágios do desenvolvimento psicológico-moral são analisados da seguinte forma: estágio 1 (início do desenvolvimento, ainda pré-verbal. Vale lembrar que não ocorre este estágio em indivíduos adultos ou idosos), estágio 2 (**impulsivo**- o indivíduo toma decisões por impulso, baseado

apenas em seu desejo, não considerando as informações), estágio 3 (**oportunista**- supervalorização dos desejos e a valorização das informações para atingi-los), estágio 4 (**conformista**- as crenças do indivíduo se sobrepõem aos seus próprios desejos e justificam as contingências impostas pelo meio), estágio 5 (**consciencioso**- o indivíduo é capaz de tomar decisões de forma mais autônoma, cotejando os desejos e as crenças, mas, ainda é passível de constrangimento, pois não tem a noção de regra introjetada), estágio 6 (**autônomo**- o indivíduo já possui as regras introjetadas e é capaz de tomar decisões livres de constrangimento de forma independente) e estágio 7 (**integrado**- o indivíduo possui a noção da regra individual introjetada, mas se vê como parte de um todo, com a compreensão da interdependência existente)

- 3) **Qualidade de Vida:** a qualidade de vida foi analisada através dos 6 domínios da versão WHOQOL-OLD: sensorial, autonomia, atividades, participação, morte e intimidade; e dos 4 domínios da versão WHOQOL-BRIEF: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente dos idosos participantes do estudo.
- 4) **Percepção de Coerção:** a percepção de coerção em procedimentos assistenciais foi avaliada através da escala de percepção de coerção em Assistência. Este instrumento visa verificar qual a percepção de coerção do participante ao decidir realizar o procedimento assistencial de colocação de prótese odontológica.



## 5.5 Instrumentos:

- *Escala de Percepção de Coerção em Assistência:* a escala de percepção de coerção em tratamento é derivada de uma escala de percepção de coerção em internação psiquiátrica composta por 16 questões. A escala de percepção de coerção em tratamento contém 4 afirmativas nas quais o participante deve optar se concorda ou discorda. O instrumento é auto-aplicável e seu preenchimento ocorre em uma média de 5 minutos.<sup>lxii</sup> (Anexo 1)

- *Instrumento Desenvolvimento Psicológico-moral:* escala que avalia o desenvolvimento psicológico moral que permite verificar a capacidade para consentir de uma pessoa. A capacidade de uma pessoa está baseada em diversas habilidades necessárias ao processo de tomada de decisão, como a possibilidade de envolver-se com o assunto, de compreender e avaliar o tipo de alternativas e a possibilidade de comunicar a sua preferência. O instrumento possui quatro conjuntos de alternativas que deverão ser escolhida pelo sujeito. O tempo de duração do preenchimento da escala é de aproximadamente 5 minutos, e a escala é auto-aplicável.<sup>li</sup>(Anexo 2)

- *WHOQOL – OLD:* Instrumento desenvolvido pelo World Health Organization Quality of Life Group (Grupo WHOQOL) dentro de uma perspectiva transcultural para medir qualidade de vida em adultos idosos.<sup>lxiii</sup> (Anexo 3)

- *WHOQOL – Bref*: O instrumento surgiu da necessidade de instrumentos que avaliassem a qualidade de vida, mas que demandassem pouco tempo para seu preenchimento. É uma versão abreviada do WHOQOL-100, composta de 26 questões, sendo que duas são gerais e as demais representam as 24 facetas do instrumento original.<sup>xxxiv</sup> (Anexo 4)

## 5.6 Análise Estatística

Os dados foram inicialmente digitados em planilha eletrônica Excel e a seguir transferidos e analisados (estatística descritiva e inferencial) utilizando-se o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), Windows, versão 14.0.

As descrições das variáveis foram realizadas através de freqüências, médias e desvios padrões. Para comparação das freqüências de distribuição das variáveis categóricas foi utilizado o teste do qui-quadrado no caso das variáveis categóricas e/ou teste Exato de Fisher quando as freqüências esperadas eram menor que 05 no teste realizado. Já, as variáveis quantitativas que comparam idosos homens e mulheres foram feitas através do teste Student t. O nível de significância utilizado foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

## **5.7. Aspectos Éticos**

Este projeto de pesquisa que contempla as exigências regulatórias da Resolução 196/96 e das demais legislações nacionais a este respeito. Todos os participantes foram incluídos mediante sua autorização através de um processo de consentimento adequado, com a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (Anexo 5) Todos os dados de identificação dos participantes serão mantidos em sigilo, os nomes dos sujeitos não serão vinculados aos resultados obtidos.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Os quatro instrumentos utilizados neste estudo, a escala de Percepção de Coerção, o Instrumento de Desenvolvimento Moral, o WHOQOL-OLD e o WHOQOL - Brief possuem a liberação de seus respectivos autores para a utilização em pesquisa.

## 6. RESULTADOS

Um total de 38 idosos foi incluído no presente estudo. Destes, 16 eram do gênero masculino e 22 do gênero feminino. Os homens possuíam uma idade média de  $75,44 \pm 8,82$  anos e as mulheres uma idade de  $74,95 \pm 7,15$  anos. A idade mínima de inclusão foi 60 anos e a máxima de 93 anos. Não ocorreram diferenças significativas na idade média entre idosos homens e idosas mulheres ( $p=0,853$ ).

Em relação à situação funcional, a maioria dos idosos, 06 (15,8%) relataram estar aposentados, 04 (10,5%) eram mulheres que realizam atividades domésticas (do lar), e 28 (73,7%) ainda eram profissionais ativos. Em relação à escolaridade, 05 (13,2%) relataram ter estudado até o ensino fundamental, 13 (34,3%) até o ensino médio e 20 (52,6%) terem ensino superior ou mesmo pós-graduação.

Inicialmente foi avaliada a percepção de coerção ao tratamento, ou seja, se o idoso tinha autonomia na escolha do tratamento (colocação da prótese) ou estava sendo coagido a fazê-lo.

Na primeira questão que versa sobre “ter oportunidade de dizer se realmente queria ser tratado”, 35 idosos responderam. Destes, apenas dois (5,2%) indivíduos manifestaram discordância, enquanto 33 manifestaram concordância (94,3%). Os idosos que discordaram eram do gênero feminino. Porém, a

comparação estatística não demonstrou diferenças significativas entre os gêneros ( $p=0,234$ ).

A segunda questão que versa sobre “ter oportunidade de dizer o que queria a respeito do tratamento” apenas uma mulher idosa discordou (2,9%). Os demais participantes admitiram ter tido oportunidade de dizer o que queriam em relação à colocação da prótese.

A terceira questão que versa sobre ninguém parecer interessado em saber se o idoso queria se tratar foi respondida por 33 idosos e mostrou que este fato ocorria com dois homens (14,3%) e nenhuma mulher. Também não foi observada diferença significativa nesta frequência, entre idosos homens e mulheres ( $p=0,08$ ).

A quarta e última questão do escore de coerção ao tratamento que versou sobre a “opinião do idoso sobre o tratamento não interessou a ninguém” mostrou que, dos 33 voluntários que responderam esta questão, apenas duas mulheres idosas (6,1%) concordaram com esta afirmativa. Os demais idosos participantes do estudo discordaram. Também não ocorreram diferenças significativas nas respostas dadas entre homens e mulheres.

Considerando as quatro questões em conjunto, 02 (14,3%) homens e 03 (15,8%) mulheres apresentaram alguma percepção de coerção não sendo estas diferenças de frequências significativas entre os dois gêneros ( $p=0,950$ ).

A segunda análise realizada foi relacionada à escala de desenvolvimento psicológico-moral a fim de se averiguar a capacidade de tomar decisões. Nenhum participante ficou classificado nas fases impulsiva e oportunista. Os resultados mostraram que a amostra ficou situada entre as fases conscienciosa e integrada como pode ser observado na Tabela 2. No caso, a maior frequência dos homens

foi enquadrada na fase autônoma enquanto a maioria das mulheres foi enquadrada na fase conscienciosa. Porém estas diferenças não chegaram a ser estatisticamente significativas ( $p=0,175$ ). Os valores médios deste teste também foram similares entre o gênero (homens,  $5,0\pm 0,7$  e mulheres  $4,6\pm 0,9$ ).

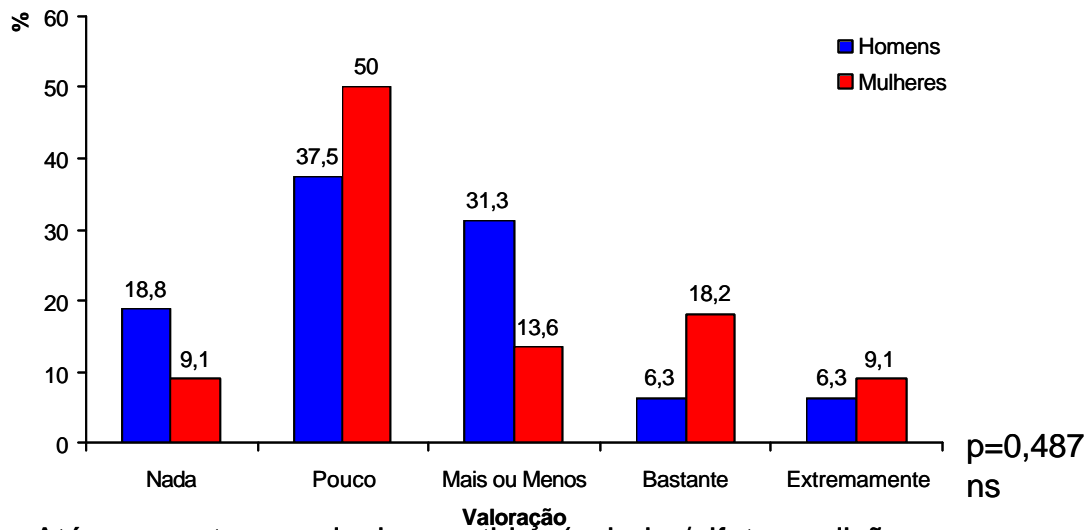
**Tabela 2** Fases do desenvolvimento psicológico-moral dos homens e mulheres idosos

<b>Fases</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Total</b>
Conformista	0	02 (9,1)	02 (5)
Conscienciosa	03 (20)	09 (41)	12 (32)
Autônoma	9 (60)	06 (27)	15 (41)
Integrada	03 (20)	05 (23)	08 (22)

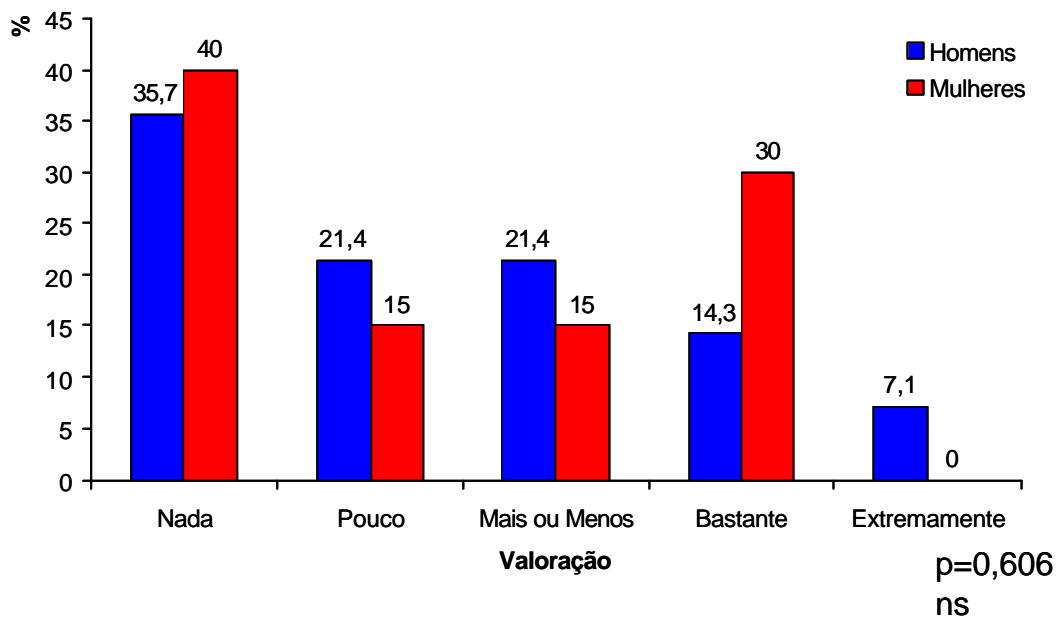
A seguir foram analisados os resultados relativos à qualidade de vida investigados através do WHOQOL-OLD. A pontuação média geral foi de  $34,1\pm 5,6$  para os homens e  $32,2\pm 6,9$  para as mulheres, valores que não foram significativamente diferentes ( $p=0,384$ ). A seguir foram analisados, separadamente os principais quesitos considerados na escala WHOQOL-OLD.

Em relação ao quanto à perda de aspectos sensoriais afetavam a vida em geral e também a capacidade de participar em atividades diárias, sociais etc. verificou-se que, na amostra investigada, a maioria considerou que afeta muito pouco. Entretanto, 21,1% consideraram que tais perdas afetam bastante ou extremamente. Quando as respostas dos idosos homens foram comparadas com

a das mulheres não foi observada diferença significativa entre as mesmas. A Figura 2 apresenta a distribuição das frequências das respostas em relação ao gênero.



Até que ponto a perda dos sentidos (paladar/olfato, audição, visão) afeta a sua vida?



Até que ponto a perda dos sentidos (paladar/olfato, audição, visão) afeta sua capacidade de participar de atividades?

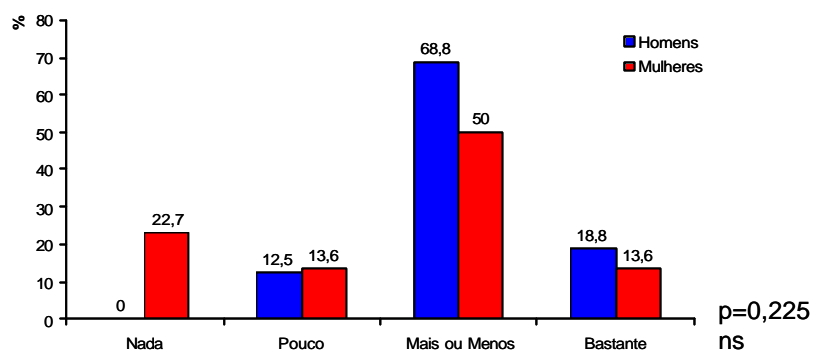
**Figura 2** Comparação entre homens e mulheres das respostas relacionadas a questões sensoriais através dos investigados através do WHOQOL-OLD.



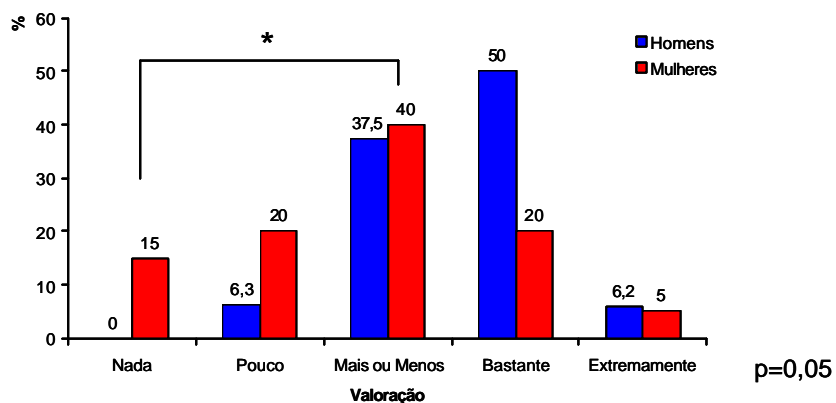
Outro questionamento relacionado aos sentidos que foi feito aos idosos participantes da pesquisa foi até que ponto o funcionamento dos seus sentidos afetava a sua capacidade de interagir com as outras pessoas. Neste quesito, 18,8% dos homens e 36,4% das mulheres disseram não afetar, 50% dos homens e 31,8% das mulheres disseram afetar mais muito pouco, 25% dos homens e 22,7% das mulheres relataram afetar mais ou menos e 6,3% e 9,1% das mulheres relataram afetar bastante. Estas respostas não foram estatisticamente diferentes entre os gêneros ( $p=0,587$ ).

A seguinte questão associada com qualidade de vida que foi avaliada na amostra disse respeito à autonomia do idoso em relação a sua vida e tomada de decisões. Os gráficos relacionados às três questões que versaram sobre autonomia são apresentados na Figura 3. Em relação à liberdade de tomar às próprias decisões a maioria dos idosos declarou ter bastante liberdade (57,9%). Já, 13,2% disseram ter muito pouca liberdade. Não ocorreram diferenças significativas entre homens e mulheres como pode ser observado na Figura 3.

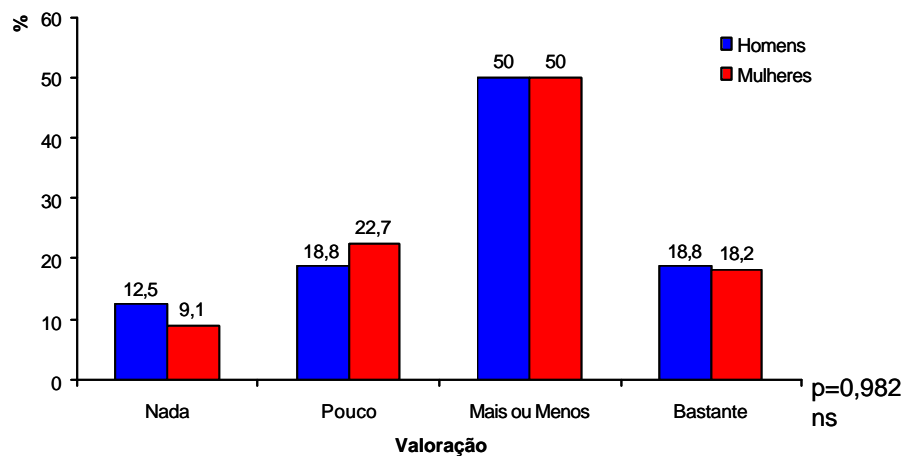
Em relação à questão do quanto o idoso controla o seu futuro foi verificado que 8,3% disseram que não controlam nada enquanto que 38,9% disseram controlar bastante ou extremamente o seu futuro. 75,0% das mulheres disseram não controlar, controlar pouco ou mais ou menos o seu futuro enquanto que somente 43,8% dos homens deram esta resposta. Esta diferença foi estatisticamente significativa quando se agrupou as respostas (nada, pouco e mais ou menos), e as respostas muito e extremamente.



Quanto liberdade você tem para tomar suas próprias decisões?



Até que ponto você sente que controla o seu futuro?



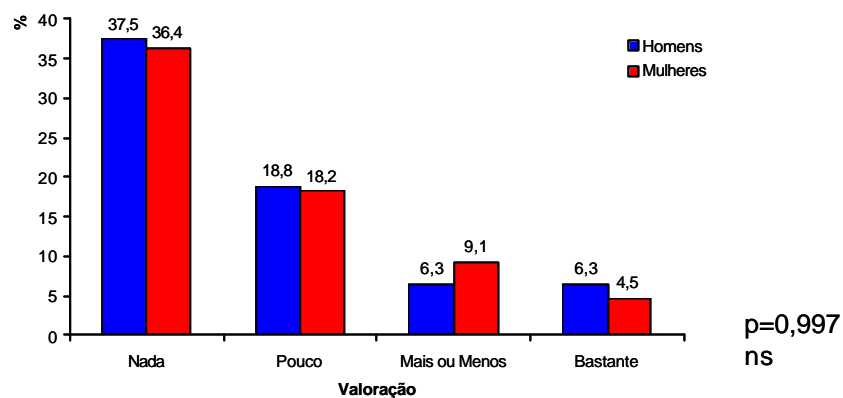
Até que ponto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

**Figura 3** Comparação entre homens e mulheres das respostas relacionadas a questões de autonomia de vida através do WHOQOL-OLD.

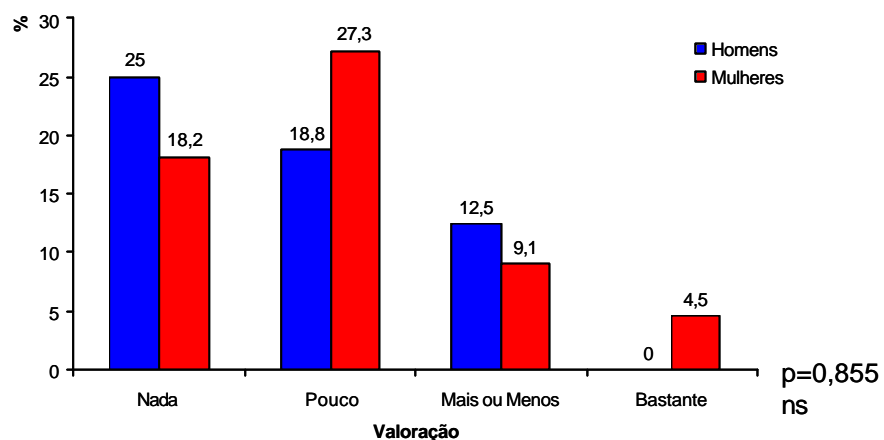
O questionamento sobre o quanto às pessoas ao seu redor respeitavam a liberdade do idoso mostrou que 31,6% dos idosos acreditavam não ter nada ou muito pouco respeito a sua liberdade, enquanto que a maioria (68,4%) acreditavam terem a sua liberdade muito respeitada. Esta visão foi estatisticamente similar entre os gêneros.

Quatro questionamentos foram feitos relacionados com a morte: (1) o quanto o idoso tinha medo de não controlar a sua própria morte; (2) o quanto o idoso temia não controlar a sua própria morte; (3) o quanto o idoso tinha medo de morrer e (4) o quanto o idoso temia sofrer antes de morrer. Os resultados das três primeiras questões são apresentados na Figura 4 mostram que as respostas dos mesmos não foram estatisticamente diferentes entre homens e mulheres e que a maior parte não se importa nada ou muito pouco com questões relacionadas à morte. Em relação ao temor de sofrimento, 7,9% dos idosos disseram não temer nada, 23,7% relataram temer um pouco, 15,8% mais ou menos, 42,1% disseram temer muito e 10,5% disseram temer extremamente sofrer antes de morrer.

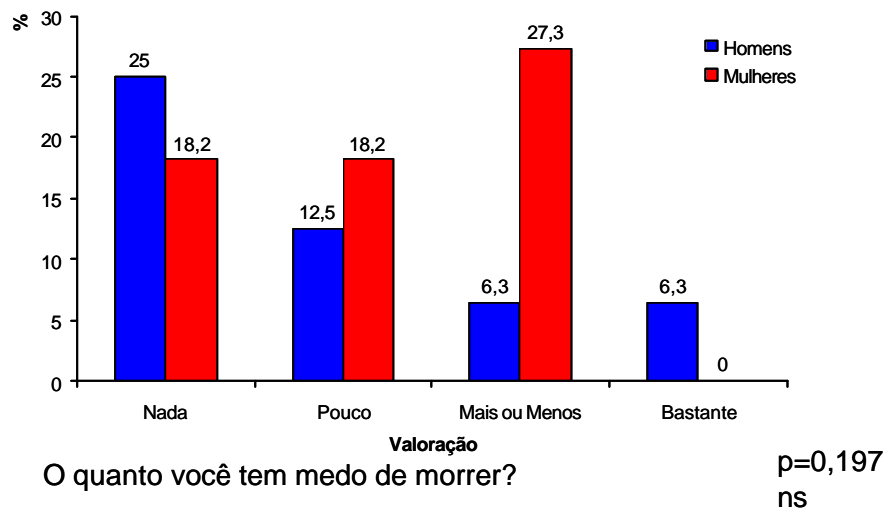
As respostas aos questionamentos relacionados à sua vida (passada, presente e futura), participação social e intimidade são apresentadas na Tabela 3.



Quanto o você está preocupado com a maneira que vai morrer?



O quanto você tem medo de não controlar a sua própria morte?



**Figura 4** Comparação entre homens e mulheres das respostas relacionadas a morte através do WHOQOL-OLD.

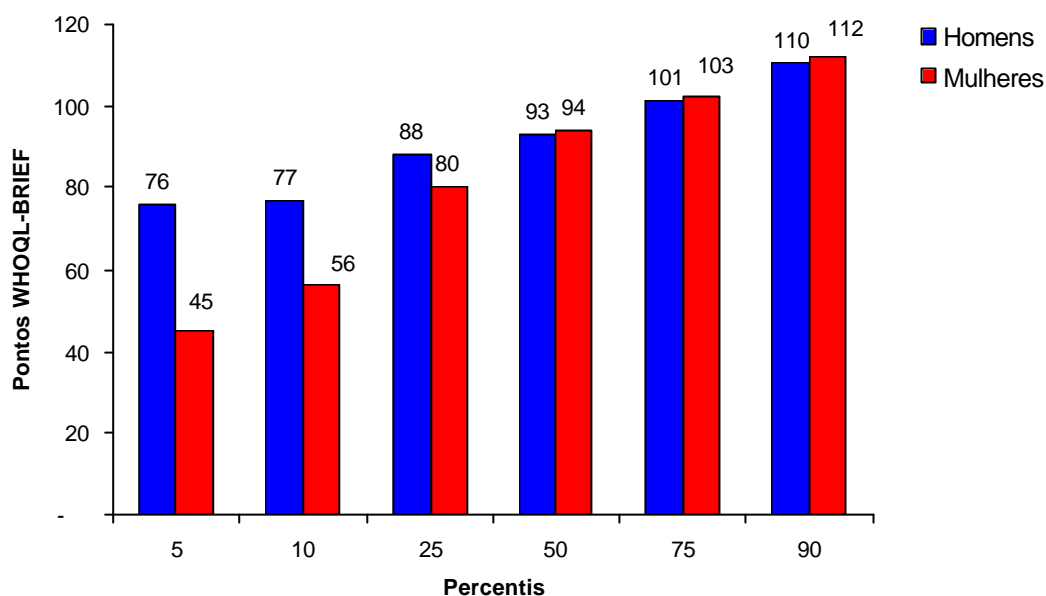
**Tabela 3** Indicadores de qualidade de vida de homens e mulheres idosos relacionados a atividades passadas, presentes e futuras, a atividades sociais e íntimas.

<b>Questões</b>	<b>Gênero</b>	<b>Nada</b>	<b>Muito Pouco</b>	<b>Mais ou menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>
Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	Homens	0	6,3	18,3	62,5	12,5
	Mulheres	4,5	18,2	31,8	36,4	9,1
Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	Homens	0	6,3	25	50	18,7
	Mulheres	5	20	30	35	10
Você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	Homens	0	6,3	18,8	62,5	12,5
	Mulheres	0	14,3	19,0	42,9	23,8
Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer cada dia?	Homens	0	0	18,8	56,3	25
	Mulheres	4,5	0	9,1	68,2	18,2
Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?	Homens	0	12,5	0	56,3	31,3
	Mulheres*	4,5	0	18,2	45,5	31,8
Quão satisfeito você está com a maneira como usa seu tempo?	Homens	0	6,3	6,3	62,5	25
	Mulheres	0	13,2	18,2	50	18,2
Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade	Homens	0	21,4	14,3	50	14,3
	Mulheres	0	15	25	35	25
Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?	Homens	0	25	18,8	50	6,5
	Mulheres	0	13,6	36,4	31,8	18,2
Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?	Homens	0	6,3	25	50	18,7
	Mulheres	0	2,6	34,2	42,1	21,1
Até que ponto você sente amor na sua vida	Homens	0	6,3	6,3	62,5	25
	Mulheres	9,1	9,1	13,6	50	18,2
Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?	Homens	0	6,3	18,8	50	25
	Mulheres	5,6	5,6	22,2	44,4	22,2

Em a questão “Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?” A maioria respondeu entre mais ou menos e bastante, independente dos gêneros ( $p=0,438$ ). O mesmo ocorreu nas questões: “Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidade para continuar alcançando outras realizações na sua vida?” ( $p=0,548$ ), “Você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?” ( $p=0,606$ ) e “Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer cada dia?” ( $p=0,615$ ). Entretanto, quando foi questionado “Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?” Um número significativamente maior de mulheres relatou estar nada, pouco ou mais ou menos satisfeitas do que homens ( $p=0,05$ ).

A maior parte dos idosos, independente de serem homens ou mulheres também esta bastante ou extremamente satisfeito pela maneira com que usa o seu tempo ( $p=0,583$ ), com o seu nível de atividade ( $p=0,668$ ) com as oportunidades de participar de atividades da comunidade ( $p=0,331$ ), feliz com o que pode esperar daqui para frente ( $p=0,468$ ). Também sente bastante ou extremo amor na sua vida ( $0,645$ ), e acredita ter tido oportunidades para ser amado ( $p=0,721$ ).

A outra escala de qualidade de vida utilizada neste trabalho foi o do WHOQOL-BRIEF. Nesta escala os valores médios dos idosos foram de  $94,2 \pm 11,0$  para os homens e  $89,5 \pm 18,1$  para as mulheres não sendo estatisticamente diferentes ( $p=0,360$ ). A Figura 5 apresenta a distribuição dos valores do WHOQL-BRIEF por percentis observada nos idosos homens e mulheres.



**Figura 5** Distribuição dos valores obtidos na escala de qualidade de vida WHOQL-BRIEF comparando idosos homens e mulheres. Esta escala possui 24 questões com valor máximo de 130 pontos. Quanto maior o número de pontos maior a qualidade de vida.

A partir da análise da distribuição do percentil 50 foi feito uma análise utilizando como ponto de corte o valor 94. Indivíduos com valores abaixo de 94 foram considerados com menor qualidade de vida do que os com pontuação igual ou acima de 94. Utilizando este ponto de corte 47,4% (n=18) dos idosos ficaram classificados em valores  $\leq 93$  e 50% (n=19) idosos com valores  $>93$ .

No caso, o número de homens e mulheres com valores < 94 foi similar (50% e 47,6%, respectivamente,  $p=0,886$ ). A idade média entre dos grupos <94 e  $\geq 94$  ponto de corte também foram estatisticamente similares ( $76,7\pm 8,2$  e  $73,7\pm 7,8$ , respectivamente,  $p=0,248$ ). A escolaridade também não esteve associada com o ponto de corte de qualidade de vida de <94 pontos ( $p=0,917$ ).

Não ocorreu associação entre percepção de coerção e qualidade de vida avaliada pelo ponto de corte de 94 pontos ( $p=0,166$ ). Também não ocorreu associação entre qualidade de vida e a escala psicológica-moral aplicada nos idosos da amostra ( $p=0,345$ ). Uma nova análise aplicando um ponto de corte no percentil 25 em que dividiu os idosos em grupos com pontuação <84 e  $\geq 84$  pontos também não encontrou associação entre qualidade de vida, coerção e aspectos psicológicos-morais nos idosos investigados.



## 7 DISCUSSÃO

O presente estudo investigou possíveis indicadores de coerção associados à qualidade de vida e a valores psicológico-morais de idosos que se submeteram à colocação de prótese de dentária em um serviço ambulatorial de odontologia. Este trabalho pode-se dizer, que é um dos primeiros estudos realizados em odontogeriatrics que versa sobre este tema. A relevância do estudo está baseada na necessidade de se entender melhor o impacto das questões odontológicas relacionadas à vida do idoso gaúcho. Sobretudo, a avaliação da qualidade de vida em idosos é extremamente relevante devido às alterações biopsicosociais que o processo de envelhecimento impõe. Alcançar uma longevidade aumentada freqüentemente resulta em uma vida marcada por perdas, dependência e incapacidades. Contudo, as mudanças epidemiológicas resultantes da transição demográfica têm proporcionado um aumento acelerado da prevalência de doenças crônicas e degenerativas que necessitam de maior atenção em longo prazo. O processo de envelhecimento é heterogêneo e multifatorial e, freqüentemente leva a duas situações extremas: 1) uma excelente qualidade de vida; ou 2) uma péssima qualidade de vida, no entanto, possibilidades intermediárias também podem ser encontradas entre esses dois extremos.<sup>lxiv</sup> As

várias dimensões da vida humana e o modo pelo qual cada indivíduo vive, de acordo com diferentes padrões, regras, expectativas, desejos, valores e princípios, requerem medidas de avaliação multidimensional, que seja sensível a grande variabilidade do segmento idoso. Isto porque, fatores associados ao envelhecimento afetam a saúde global, que é uma dimensão importante da qualidade de vida em idosos. Além disso, nessa etapa da vida, várias condições, tais como a aposentadoria, a viuvez, a perda de papéis sociais, a redução social da rede de sustentação, a solidão, e a falta do significado pessoal da vida, podem criar obstáculos a uma qualidade de vida melhor.

Embora o conceito da saúde tenha mais de 60 anos, as medidas aceitáveis desta construção ainda estão emergindo. As explicações potenciais são que não há nenhum consenso sobre como isso deve ser definido, no que diz respeito aos modelos médicos e socioambientais da saúde. Nesse sentido, Locker (2006)<sup>xxxix</sup> em sua revisão sobre conceito de saúde positiva encontrou cinco maneiras diferentes, embora sobrepostas, na qual o conceito positivo de saúde tem se constituído. Dentre essas maneiras destacam-se três, que estão intimamente relacionadas à saúde bucal: (1) os resultados positivos da saúde bucal; (2) saúde bucal positiva como uma série de atributos psicológicos e sociais e, (3) os resultados positivos de condições crônicas, tais como as diferenças bucais e as craniofaciais. Assim, atualmente o conceito de saúde positiva e qualidade de vida, não somente em idosos, mas também em adultos jovens passa, também, pela abordagem das condições de saúde bucal. Entretanto, essa é somente uma das facetas para uma abordagem integral de saúde e qualidade de vida, pois devido ao seu caráter multidimensional é impossível, hoje em dia, pensar nesses temas

sem deixar de levantar as questões sobre poder de decisão e percepção de coerção, principalmente em idosos.

Antes de discutir os resultados obtidos é importante fazer algumas considerações sobre as limitações do presente estudo.

Uma vez que o idoso possui diversas morbidades e disfunções associadas ao envelhecimento, para garantir uma amostra que não apresentasse viés associado a estas doenças, já que uma grande parte de idosos no Brasil é edentada, foi aplicada uma criteriosa seleção da amostra. Por este motivo, por exemplo, foram excluídos indivíduos considerados analfabetos funcionais (analfabetos e com escolaridade muito baixa), já que esta condição é considerada risco para uma série de problemas geriátricos incluindo declínio cognitivo. Também o declínio cognitivo foi considerado um fator que poderia influenciar na resposta dos idosos testados, e, portanto, buscou-se incluir na amostra indivíduos que apresentassem na hora da anamnese odontológica condições cognitivas.<sup>lxv</sup> Outro critério de exclusão foi à ocorrência de plurimorbidades nos idosos investigados uma vez que é também sabido que tal condição diminui de modo significativo à qualidade de vida dos mesmos.

Tais afirmativas foram vistas quando ocorreu o primeiro inquérito domiciliar visando traçar o perfil do idoso residente em zona urbana no Brasil que foi realizado em São Paulo, em 1984. Foi utilizado um instrumento multidimensional com dados sobre a situação socioeconômica, estrutura familiar, condições de saúde física e mental e grau de autonomia no dia-a-dia dos idosos. Os resultados mostraram que a maioria dos idosos em São Paulo vive em condições de extrema

pobreza, fato que pareceu estar associado com a alta frequência de domicílios multigeracionais (convivência do idoso com filhos e netos). Na avaliação do estado de saúde foi observada uma elevada prevalência de doenças crônicas (auto-referidas) e de distúrbios mentais, sendo que mais da metade dos entrevistados referiu necessidade de ajuda parcial ou total para executar as chamadas atividades da vida diária.<sup>lxvi</sup> Estudos populacionais no Rio Grande do Sul também mostraram um perfil de maior morbidade em idosos com baixa renda e escolaridade.<sup>lxvii, lxviii</sup> É claro que, tais exclusões fizeram com que o número amostral fosse relativamente limitado. Entretanto, a amostra pode ser considerada homogênea o que minimiza esta questão. Assim, esta é a principal limitação do presente estudo, mas que não invalida os achados e que abrem perspectivas para estudos complementares na área da odontogeriatría.

A seguir os resultados obtidos serão discutidos em relação à coerção, o perfil psicológico-moral e os indicadores de qualidade de vida que foram observados neste estudo.

Estudos que abordem a percepção de coerção ao tratamento ou assistência em idosos saudáveis são inexistentes, a maioria das investigações é desenvolvida em pacientes psiquiátricos ou com indivíduos em situação de violência ou abuso.<sup>lxix, lxx, lxxi</sup> No entanto, os resultados obtidos mostraram que mais mulheres idosas apresentaram alguma percepção de coerção e discordam mais que os homens idosos. Esse dado é muito interessante, pois talvez possa estar apontando para uma mudança cultural tanto no comportamento quanto no papel da mulher, não somente no seio da família, mas também dentro da sociedade. Isto porque, as mulheres idosas vêm de uma geração onde ainda o mito de que a

mulher deve ser submissa em relação à sociedade e ao companheiro é muito forte e freqüente. Além disso, histórica e culturalmente a mulher está mais freqüentemente sujeita a sofrer manipulação e coerção, e isso tem implicações muito importantes no que diz respeito à liberdade e responsabilidade.<sup>lxxii</sup> Apesar de toda informação disponível, ainda vivemos em um país onde a cultura transmitida pela população mais antiga ainda está muito presente.<sup>lxxiii</sup> Rousseau,<sup>lxxiv</sup> na sua obra intitulada *Émile*, escreveu que as meninas “deveriam ser acostumadas cedo à restrição”. E que a lição mais importante para as mulheres é aprender sobre seus deveres e, além disso, “a amar esses deveres”. Os deveres incluem tarefas domésticas, mas não necessariamente ler ou escrever numa idade muito prematura. A natureza doméstica da educação de mulheres enfatiza o papel de mãe e dona de casa. Além desse, o único dever que uma mulher tinha era o de ser esposa. E, essa concepção do papel diferenciado na sociedade entre homens e mulheres ainda parece estar introjetado na visão de mundo da maioria dos idosos, provavelmente em decorrência de sua formação cultural e social. Talvez, esse conjunto de fatores tenha contribuído para a mulher idosa adquirir uma melhor percepção de quando está sujeita a coerção. Entretanto, a percepção de coerção das idosas ao tratamento (colocação da prótese), talvez seja reflexo também de uma imposição social. Isto é, as mulheres, independente, da faixa etária cedem mais facilmente ao apelo estético e de saúde que a sociedade e a família impõe. Além disso, essa percepção da coerção reflete diretamente a capacidade de autonomia e de decisão na escolha do tratamento. Uma vez que, as idosas percebam que são vítimas de coerção, o trabalho para mudar essa

realidade torna-se mais fácil e, assim conquistar mais autonomia e independência no momento de tomar decisões e fazer as suas próprias escolhas.

Nesse sentido, os resultados sobre desenvolvimento psicológico-moral mostraram que os homens idosos apresentam maior autonomia, ou seja, um maior número de homens se encontra na fase autônoma, enquanto que as mulheres idosas se encaixaram na fase conscienciosa.

A autonomia se constitui no fundamento da educação moral e designa um campo de problematização de âmbito individual e coletivo no qual o sujeito, preocupado com as suas ações e com as conseqüências que possam delas advir, se situa. O sujeito autônomo, enquanto protagonista de condutas morais, não se constitui de forma isolada, independentemente das condições sociais, históricas, políticas, econômicas e culturais. Ao contrário, define-se como aquele que, dialógica e dialeticamente, é capaz de articular, de forma crítica e ativa, vontade subjetiva (individual e pessoal) e vontade objetiva (instituições sociais e cultura), questionando, refletindo, respondendo, influenciando e sendo influenciado pelas ocorrências do seu ambiente, construindo e reconstruindo dinamicamente as experiências que vive, tanto no plano individual quanto coletivamente.<sup>lxxv</sup> Segundo Souza, 1968, o indivíduo autônomo já possui as regras introjetadas e é capaz de tomar decisões livres de constrangimento de forma independente.<sup>li</sup> Neste caso, os resultados obtidos mostram que os idosos homens dessa amostra alcançaram um nível de desenvolvimento psicológico-moral elevado. De acordo com Loevinger, a progressão nos estágios equivale a uma marcha para o equilíbrio.<sup>lxxvi</sup> Talvez, o fator educação tenha desempenhado um papel fundamental nesse processo, uma vez que 52,6% da amostra têm ensino superior ou mesmo pós-graduação,

evidenciando um bom nível educacional. Para Meguro e colaboradores (2001),<sup>lxxvii</sup> o nível educacional elevado seria fator preventivo no embotamento do estado mental durante o envelhecimento normal. Além disso, é importante destacar que indivíduos analfabetos e com declínio cognitivo foram excluídos da amostra, o que pode ter contribuído para a maior frequência de idosos homens na fase 6 autônoma. A maioria dos estudos nesse tema mostra que os idosos se encontram na fase 4, conformista, onde as crenças do indivíduo se sobrepõem aos seus próprios desejos e justificam as contingências impostas pelo meio.<sup>lxxviii</sup> Walker (1982)<sup>lxxix</sup> analisou 54 estudos, que usaram o *Moral Judgment Interview* (MJI) e em 27 estudos com 34 amostras, envolvendo sujeitos de 5 anos de idade até os 17 anos, encontrou apenas diferenças de gênero em quatro amostras. Em 34 estudos com jovens foram apenas nove diferenças, tendo os homens, alcançado escores mais elevados do que as mulheres. Em 19 amostras de adultos de 21 a 65 anos de idade foram encontradas quatro diferenças significativas em favor dos homens. Segundo Walker, quando a educação e a ocupação dos participantes da pesquisa forem controladas, as diferenças entre os gêneros desaparecerão.<sup>lxxix</sup>

Em uma pesquisa longitudinal conduzida por Camino et al (1996),<sup>lxxx</sup> em que foram entrevistados por dois anos seguidos com o *Moral Judgment Interview* (MJI), 52 alunos do ensino médio (24 do gênero masculino e 28 do gênero feminino), observaram, que: a) havia a mesma porcentagem de adolescentes do gênero feminino e masculino nos estágios 2 e 3/4; b) uma proporção maior de adolescentes do gênero masculino no estágio 2/3; c) uma proporção maior de adolescentes do gênero feminino no estágio 3; apesar das diferenças não, serem significativas.

Inversamente, um estudo realizado na região nordeste do Brasil observou-se em geral que as mulheres obtiveram escores mais altos do que os homens nos estágios mais elevados. Não se observou predominância das mulheres no terceiro estágio e dos homens no quarto como nas pesquisas citadas por Gilligan (1982)<sup>lxxxix</sup>. Verificou-se uma mudança na posição feminina em relação à masculina com o avanço da idade. Sobretudo, observou-se também que essas capacidades encontram-se relacionadas com o desenvolvimento moral.<sup>lxxxii</sup> Uma possível explicação sobre diferença de gênero em relação ao desenvolvimento psicológico-moral (idosos na fase autônoma e idosa na fase conscienciosa) seria que, segundo Gilligan (1982)<sup>lxxxix</sup> o julgamento das mulheres caracterizar-se-ia, na maioria das vezes, por uma moral voltada para relações interpessoais, guiada pela bondade, pelo cuidado e pela responsabilidade, o que, segundo a autora, é devido a sentimentos de empatia e compaixão e pelo fato das mulheres se preocuparem com a resolução de problemas reais e não hipotéticos. Esse tipo de pensamento moral feminino corresponderia ao terceiro estágio da tipologia *kohlberguiana*. Já a moral dos homens, segundo Gilligan (1982)<sup>lxxxix</sup>, caracterizar-se-ia por uma preocupação pela defesa das normas, dos direitos, da justiça e da individuação do sujeito – moral do quarto estágio. A autora afirma que homens e mulheres diferem no que diz respeito aos modos de focar problemas morais e de vivenciar as relações do Eu com os outros. Com base na psicanálise, ela explica como, ao longo do seu desenvolvimento, homens e mulheres constroem suas identidades, adotando características dos respectivos papéis, conforme os valores da sua cultura. Além disso, é salutar ressaltar que culturalmente o gênero masculino foi educado para ser autônomo, tomar decisões, manter a prole e etc. O homem é a



representação do individualismo e da liberdade em sociedade, ou seja, toma decisões por impulso, baseado apenas em seu desejo, não considerando as informações ou as interações sociais.<sup>lxxxi</sup>

Os resultados obtidos relativos à qualidade de vida investigada, através do WHOQOL-OLD e do WHOQOL-BRIEF mostraram que os idosos com prótese dentária apresentaram uma qualidade de vida satisfatória. Sobretudo, o problema dentário que levou a indicação ou uso de prótese nos idosos dessa amostra (eliminado outros fatores) não contribuiu para que os mesmos tivessem uma qualidade de vida ruim.

Um estudo realizado por Hassel et al. (2007)<sup>lxxxiii</sup> para avaliar a qualidade de vida em indivíduos com prótese dentária fixa ou móvel mostrou que a qualidade de vida em adultos jovens com prótese fixa é alta, enquanto que o mesmo resultado não foi encontrado em idosos. Porém, tanto jovens quanto idosos com prótese parcial móvel apresentaram uma qualidade de vida satisfatória. Em uma revisão realizada por Strassburger e colaboradores<sup>xliiii</sup> mostrou pacientes edentados totais experimentam um impacto negativo na sua qualidade de vida associada à saúde oral. Esses indivíduos se beneficiam significativamente do uso de implantes dentais para suportar a prótese mandibular. Contudo, os pesquisadores verificaram que mais de dois implantes não parece aumentar significativamente a satisfação e a qualidade de vida associada à saúde bucal.

Corroborando os nossos achados, Bonfanti et al (2006) ao avaliar a qualidade de vida e o uso e a necessidade de prótese dentária em idosos residentes do Município de Santa Catarina, verificou que a maioria dos idosos, apesar de considerar a sua saúde bucal satisfatória, necessitavam de uso ou

substituição protética. E, também observou que a condição bucal não afetou diretamente a sua qualidade de vida.<sup>lxxxiv</sup> Esses dados reforçam a idéia de que a qualidade de vida é uma abordagem extremamente ampla que engloba diversos fatores associados a vida das pessoas, além da saúde bucal.

Em relação à questão do quanto o idoso controla o seu futuro e à questão “quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida”, observou-se diferença significativa entre homens e mulheres. No entanto, na primeira pergunta esta diferença foi estatisticamente significativa quando se agrupou as respostas (nada, pouco e mais ou menos), e as respostas muito e extremamente. Já com relação à segunda pergunta um número significativamente maior de mulheres relatou estar nada, pouco ou mais ou menos satisfeita do que homens ( $p=0,05$ ).

As mulheres idosas desse estudo referiram não controlar, controlar pouco ou mais ou menos o seu futuro e também não estarem satisfeitas com aquilo que alcançaram na vida. Este é um dado preocupante, pois pode estar indicando uma falta de capacidade e de autonomia para decidir sobre a sua própria vida e o seu futuro, além de não terem o controle sobre aquilo que desejam ou buscam para a sua vida. Logo, a autonomia está intimamente relacionada à capacidade, à medida que é necessário que o indivíduo tenha capacidade de exercer a sua própria autonomia. Sendo que esta capacidade é intrínseca a cada pessoa, e resulta de uma construção gradativa e individual, tornando-se bastante difícil afirmar o exato momento em que o indivíduo atinge a sua capacidade plena devido à subjetividade do processo.<sup>lxxxv</sup> Assim, o não desenvolvimento pleno ou a perda de autonomia nas mulheres idosas pode interferir na sua tomada de decisão, na medida em que busca realizações pessoais, controla o presente e projeta o seu

futuro. Como as mulheres idosas deste estudo se encontraram na fase conscienciosa, que é a fase na qual o indivíduo é capaz de tomar decisões de forma mais autônoma, cotejando os desejos e as crenças, mas, ainda é passível de constrangimento (não tem a noção de regra introjetada), talvez seja a razão da dificuldade em controlar o futuro, pois ainda a sua autonomia não está fortemente consolidada. Para Loevinger,<sup>lxxvi</sup> a fase conscienciosa é um marco, pois a identidade deixa de ser vivida como algo de existente, de previamente dado e acessível à observação, passando a ser entendida como prolongada na ação e na administração de si mesma. O dever e a responsabilidade tornam-se categorias centrais neste estágio.

Alguns autores, analisando a qualidade de vida nos idosos, concluíram que a mulher em geral experimenta uma qualidade de vida inferior em todos indicadores utilizados, tais como saúde física, capacidade funcional, contatos sociais, e capacidade cognitiva. Também observaram diferenças entre os gêneros quanto às aflições psicológicas, mostrando que as mulheres têm maior tendência a possuir múltiplos sintomas do que os homens.<sup>lxxxvi</sup>

De acordo com Xavier et al (2003)<sup>lxxxvii</sup> ao avaliar a definição da qualidade de vida pelos idosos, a presença ou ausência de satisfação entre os indivíduos não foi associada com o gênero, o que diverge um pouco dos achados do estudo presente.

Além disso, o achado de não associação entre qualidade de vida, percepção de coerção e desenvolvimento psicológico-moral do presente estudo também é corroborado por outro estudo. Por exemplo, um estudo conduzido por Celich (2008)<sup>lxxxviii</sup> também não encontrou diferenças significativas entre os

estágios de desenvolvimento psicológico-moral e os domínios do WHOQOL-OLD, ou seja, não foram verificadas relações entre os diferentes estágios de desenvolvimento e os escores médios obtidos em cada um dos seis domínios estudados. Contudo, é importante ressaltar que estudos que abordem a associação desses grandes temas (qualidade de vida, percepção de coerção e desenvolvimento psicológico-moral) na área da odontogeriatrics são inéditos e extremamente relevantes. Por isso existe uma grande dificuldade em discutir, mais profundamente os nossos achados, uma vez que a literatura é escassa e até mesmo inexistente nesse tema.

## 8 Considerações Finais

A abordagem da qualidade de vida em idosos é muito complexa, pois envolve várias facetas da vida humana. Além disso, também pode ser permeada por diversos fatores ainda mais subjetivos, como por exemplo, a capacidade de percepção do idoso de estar sendo coagido ou manipulado a aderir um tratamento e que pode interferir na sua tomada de decisão. Nesse sentido, essa compreensão pressupõe que o indivíduo reconheça tanto estar autorizando um procedimento quanto suas implicações e envolve um componente emocional: uma apreciação dos riscos e benefícios potenciais em termos de valores e objetivos pessoais. O paciente ou participante deve possuir compreensão cognitiva da natureza do tratamento e os riscos e benefícios a ela associados.<sup>lxxxviii</sup>

Kahneman e Tversky<sup>lxxxix</sup> descobriram, dessa forma, que os processos de julgamento e tomada de decisão humana são fortemente influenciados por restrições impostas pela arquitetura e modo de funcionamento do sistema cognitivo. De modo geral, é mais adaptativo tomar decisões com base em heurísticas do que a partir de um esforço deliberado de julgamento racional. A deliberação racional pode, sob circunstâncias, exceder o tempo disponível para

que a pessoa tome uma decisão funcional. Kahneman e Tversky<sup>xxxix</sup> descreveram uma série de heurísticas com potencial para enviesar o processo de tomada de decisão. As principais são as de disponibilidade, representatividade, ancoragem e projeção emocional. Logo, avaliar a qualidade de vida e percepção de coerção no processo de tomada de decisão de idosos relacionado ao uso de prótese dentária, torna-se uma tarefa ainda mais árdua, pois a odontologia na prática interdisciplinar na terceira idade é quase inexistente, havendo poucas menções de dentistas em equipes de assistência ao idoso. Além disso, uma das razões dessa dificuldade de vivência interdisciplinar para a odontologia reside na formação de base tecnicista, que privilegia o enfoque de superespecialização em detrimento do enfoque multidisciplinar e multidimensional que o idoso necessita.<sup>xxix</sup> Portanto, aqui reside a importância desse primeiro estudo, pois proporciona a outros profissionais da odontologia a possibilidade de compreender melhor as diversas dimensões da vida do idoso e suas reais necessidades. Dessa forma, auxiliando na escolha do melhor tratamento ou intervenção, bem como, contribuindo para a melhora da relação dentista-paciente e da qualidade de vida do idoso.

## 9 Conclusões

Dos 38 idosos incluídos no presente estudo:

- Os homens possuíam uma idade média de  $75,44 \pm 8,82$  anos e as mulheres uma idade de  $74,95 \pm 7,15$  anos. A idade mínima de inclusão foi 60 anos e a máxima de 93 anos. Não ocorreram diferenças significativas na idade média entre idosos homens e idosas mulheres ( $p=0,853$ );

- Com relação a percepção de coerção, considerando as quatro questões em conjunto, 02 (14,3%) homens e 03 (15,8%) mulheres apresentaram alguma percepção de coerção não sendo estas diferenças de frequências significativas entre os dois gêneros ( $p=0,950$ ).

- Verificou-se uma maior frequência dos homens na fase autônoma do desenvolvimento psicológico-moral enquanto a maioria das mulheres foi enquadrada na fase conscienciosa. Porém, não se observou diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,175$ ). Os valores médios deste teste também foram similares entre o gênero (homens,  $5,0 \pm 0,7$  e mulheres  $4,6 \pm 0,9$ ).

- A pontuação média geral do WHOQOL-OLD foi de  $34,1 \pm 5,6$  para os homens e  $32,2 \pm 6,9$  para as mulheres, valores que não foram significativamente

diferentes ( $p=0,384$ ).

- A outra escala de qualidade de vida utilizada neste trabalho foi o do. Os valores médios do WHOQOL-BRIEF foram de  $94,2\pm 11,0$  para os homens e  $89,5\pm 18,1$  para as mulheres ( $p=0,360$ ).

-75,0% das mulheres disseram não controlar, controlar pouco ou mais ou menos o seu futuro, enquanto que somente 43,8% dos homens deram esta resposta. Esta diferença foi estatisticamente significativa (0,05) quando se agrupou as respostas (nada, pouco e mais ou menos), e as respostas muito e extremamente.

- O uso de prótese dentária nos idosos (eliminado outros fatores) não contribuiu para que os mesmos tivessem uma qualidade de vida ruim.

- Não se verificou associação entre qualidade de vida, percepção de coerção e tomada de decisão em idosos com prótese dentária.



## REFERÊNCIAS

- 
- i. Lima-Costa MF, Veras R. Aging and public health. *Cad Saude Publica* 2003;19(3):701-710.
- ii. <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em Maio de 2008.
- iii. Fried LP. *Epidemiology of Aging*. *Epidemiol Tev*. 2000;22(1):95-106.
- iv. [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)
- v. Rosa AGF, Fernandez RAC, Pinto VG, Ramos LR. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no município de São Paulo (Brasil). *Rev. Saúde Pública* 1992;26(3):155- 160.
- vi. Locker D, Matear D, Stephens M, et al. Comparison of the GOHAI and OHIP – 14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001;29:373-81.

---

<sup>vii</sup>. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Censo demográfico 2000: características da população e dos domicílios: resultados do universo. [citado 2006 Ago 18]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>

<sup>viii</sup>. World Health Organization [homepage na Internet]. Active ageing: a policy framework/NMH/NPH/02.8.[citado 2006 dez 15]. [60 p.] Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)

<sup>ix</sup>. Expectativa de vida média das diferentes regiões do Brasil em 2005. Fonte: IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

<sup>x</sup>. Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul. Expectativa de vida. Disponível em: [www.scp.rs.gov.br/atlas/atlas](http://www.scp.rs.gov.br/atlas/atlas). Acesso em 25 de fev.2008.

<sup>xi</sup>. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. População estimada Popclock. Disponível em: [www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias). Acesso em: 31 jan. 2008.

<sup>xii</sup>. Pavarini SCI, Mendiondo MSZ, Barham EJ, Varoto VAG, Filizola CLA. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? Texto Contexto Enferm. 2005; 14(3): 398-402.

---

<sup>xiii</sup>. Scortegagna HM. A educação gerontológica aplicada a escolares: o olhar da enfermeira. In: Pasqualotti A, Portella MR, Bettinelli LA, organizadores. Envelhecimento humano: desafios e perspectivas. Passo Fundo: UPF; 2004. p. 46-72.

<sup>xiv</sup>. Cormack EF. A saúde oral do idoso. Disponível: <http://www.odontologia.com.br> [acessado em 10 dez. 2000].

<sup>xv</sup>. Troen RB. The biology of aging. The Mount Sinai Journal Of Medicine 2003, 70(1): 3-22.

<sup>xvi</sup>. Silva SRC, Valsecki JA. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. Rev Panam Salud Pública. 2000;8:268-71.

<sup>xvii</sup>. Rosa AGF, Castellanos RA, Pinto VG. Saúde bucal na terceira idade. Rev Gauch Odontol. 1993;41:97-102.

<sup>xviii</sup>. Coleman P. Improving Oral HealthCare for the frail elderly: a review of widespread problems and best practices. Geriatr Nurs (Minneap). 2002;23:189-97.

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

---

<sup>xx</sup>. Rosa AGF, Fernandez RAC, Pinto VG, Ramos LR. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). *Revista de Saúde Pública* 1992;26:155-160.

<sup>xxi</sup>. FDI (Fédération Dentaire Internationale). Global goals for oral health in the year 2000. *International Dental Journal* 1982;32:74-77.

<sup>xxii</sup> Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal - Brasil, zona urbana, 1986. Brasília, 1988.

<sup>xxiii</sup>. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf) Brasília, DF, janeiro de 2004.

<sup>xxiv</sup>. Silva SRC e Júnior AV. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2000; 8(4):268-271.

<sup>xxv</sup>. Mesas AE, Andrade SM, Cabrera MAS. Condições de saúde bucal de idosos de comunidade urbana de Londrina, Paraná. *Rev Bras Epidemiol* 2006; 9(4): 471-80.

<sup>xxvi</sup>. Mercel A, Berenholc RH, Fiez-vandal, A. Gerodontics: an epidemiologic perspective. *Special Care in Dentistry* 1986; p. 13-14.

---

<sup>xxvii</sup>. Künzel W. Conceptual demands of oral health care for the elderly. In: Geriatric Dentistry in Eastern European Countries (W. Künzel, ed.), Chicago: Quintessence. 1991. pp. 11- 33.

<sup>xxviii</sup>. Rutkauskas J.S. The Dental Clinics of North America. Clinical Decision-Making in Geriatric Dentistry. Philadelphia: W. B. Saunders Company. 1997.

<sup>xxix</sup>. Ferreira RA. Odontologia: Essencial para a qualidade de vida. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas 1997;51:514-521.

<sup>xxx</sup>. Shinkai RSA, Del Bel Cury. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral do idoso. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000;16(4):1099-1109.

<sup>xxxi</sup>. Montenegro FLB, Manetta CE, Brunetti RF. Aspectos psicológicos de interesse no tratamento do paciente odontogeriátrico. Revista Atualidade em Geriatria 1998;3(17):6-10.

<sup>xxxii</sup>. Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina/USP; 2001.

---

<sup>xxxiii</sup>. Fleck MPA, Fachel O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). Rev ABP/APAL 1999; 21: 19-28.

<sup>xxxiv</sup>. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality of life Whoqol-Bref. Rev Saúde Pública 2000; 34 (2):178-83.

<sup>xxxv</sup>. Paschoal SMP. Qualidade de vida. In: Jacob Filho W, Amaral JRG, editores. Avaliação global do idoso: manual da Liga do Gamia. São Paulo: Atheneu; 2005 p.59-77.

<sup>xxxvi</sup>. Moraes JFD. Fatores determinantes do envelhecimento bem-sucedido do idoso socialmente ativo da região metropolitana de Porto Alegre [tese]. [Porto Alegre (RS)]: PUCRS/Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/Instituto de Geriatria e Gerontologia; 2004. 137 p.

<sup>xxxvii</sup>. Neri AL. Velhice e qualidade de vida na mulher. In: Neri AL, organizadora. Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papyrus; 2001 p.161-2005.

---

<sup>xxxviii</sup>. Papaléo NM, Ponte JR. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: Papaléo Netto M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 2005. p.3-12.

<sup>xxxix</sup>. [Locker D](#), [Gibson B](#). The concept of positive health: a review and commentary on its application in oral health research. [Community Dent Oral Epidemiol](#). 2006;34(3):161-73.

<sup>xl</sup>. Marchini L, Brunetti FL, Cunha VPP, Santos JFF. Prótese dentária na terceira idade. Rev. Assoc. Paul. Cir Dent. 2001;55(2): 83-7.

<sup>xli</sup> Settim R. Edentulismo. Grupo de estudos em Gerontologia. São Paulo: APCD/EAP.2000.

<sup>xlii</sup>. Silva CRS, Fernandes CAR. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. Ver. Saúde Pública 2001;35(4):349-55.

<sup>xliii</sup>. Strassburguer C, Kerschbaum T, Heydecke G. Influence of implant and conventional prostheses on satisfaction and quality of life: a literature review. Part 2: qualitative analysis and evaluation of the studies. The International Journal of Prosthesis 2006;19(4);339-48.

<sup>xliv</sup>. Locker D. Concepts of oral health, disease and quality of life. In: Slade GD (ed). Measuring Oral Health and Quality of Life. Chapel Hill. University of North Carolina, 1997:11-4.

---

<sup>xlv</sup>. [Truhlar RS](#), [Casino AJ](#), [Cancro JJ](#). Treatment planning of the elderly implant patient. [Dent Clin North Am.](#) 1997; 41(4):847-61.

<sup>xlvi</sup>. [Allen PF](#), [McMillan AS](#), [Walshaw D](#). A patient-based assessment of implant-stabilized and conventional complete dentures. [J Prosthet Dent.](#) 2001 Feb;85(2):141-7.

<sup>xlvii</sup>. Fleck M. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL-bref" Revista de Saúde Pública 2000; 34 (2): 178-183.

<sup>xlviii</sup>. Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: Boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. Rev. Brasileira de Psiquiatria 2002;24 (Supl. I): 3-6.

<sup>xlix</sup>. [Erlen JA](#). Informed consent: the consent component. [Orthop Nurs.](#) 1994;13(4):65-7.

<sup>l</sup>. Loevinger, J.. Ego development (4<sup>a</sup> ed.). São Francisco: Jossey-Bass Publishers;1982.



---

<sup>li</sup>. Souza ELP. Pesquisa sobre as fases evolutivas do ego. Boletim da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul 1968:3(7):5-16.

<sup>lii</sup>. Palmini, A. O cérebro e a tomada de decisões. In P. Knapp (Ed.), Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica. Porto Alegre, RS: Artes Médicas. 2004. pp. 71-88.

<sup>liii</sup>. Ballesteros JS & Garcia RB. Procesos psicológicos básicos. Madrid, España: Universitas.1996.

<sup>liv</sup> Damásio A. O erro de Descartes: Emoção, razão e cérebro humano. São Paulo, SP: Companhia das Letras. 1996.

<sup>lv</sup>. Roth LH, Meisel A, Lidz CW. Tests of competency to consent to treatment. Am J Psychiatry, 1977.

<sup>lvi</sup>. Silver M. Reflections on determining competency. Bioethics, 2002.

<sup>lvii</sup>. Piaget J. Les trois systèmes de la pensée de l'enfant ; étude sur les rapports de la pensée rationnelle et de l'intelligence motrice. Bulletin de la Société Française de Philosophie, t. XXVIII, 1928 : 121-122.

<sup>lviii</sup>. Piaget J. Études sociologiques. 3ed. Genève: Groz, 1977:225.

---

<sup>lix</sup>. Nelson RM, Merz JF. Voluntariness of consent for research: an empirical and conceptual review. *Medical Care*. 2002;40: V-69-V-80.

<sup>lx</sup> Jekel FJ, Elmore GJ, Katz L.D. *Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva*, 1999, p.17.

<sup>lxi</sup>. Lwanga SK, Lemeshow S. Determinación de tamaño de las muestras en los estudios sanitarios. Ginebra, OMS. 1991;1-25.

<sup>lxii</sup>. Gardner W, Hoge SK, Bennet N, Roth LH, Lidz CW, Monahan J, Mulvey EP. Two scales for measuring patients perceptions for coercion during mental hospital admission. *Behavior Science Law*;1993.

<sup>lxiii</sup>. Fleck M, Chachamovich M, Trentini C. Projeto WHOQOL- OLD: método e resultados de grupos focais. *Revista de Saúde Pública* 2003; 37(6). São Paulo. Disponível em [www.scielo.com](http://www.scielo.com). Acesso em 22 jan 2008.

<sup>lxiv</sup>. Paschoal SMP, Jacob Filho W, Litvoc J. Development of elderly quality of life index– eqoli: theoretical-conceptual framework, chosen methodology, and relevant items generation. *Clinics* 2007;62(3):279-88.

---

<sup>lxv</sup>. Jagger C, Spiers N, Clarke M. Factors associated with decline in function, institutionalization and mortality of elderly people. *Age and Ageing* 1993;22:190-197.

<sup>lxvi</sup>. RAMOS, L. R. Family support for the elderly in São Paulo, Brazil. In: Kendig, H.; Hashimoto, A.; Coppard, L., eds. *Family support for the elderly: the international experience*. New York, Oxford University Press, 1992. p. 224-32.

<sup>lxvii</sup>. JC Stobbe, NM do Nascimento, N Bruscatto, Piccoli JCE, Backes LC, Cruz IBM. Projeto Passo Fundo-RS: indicadores de saúde de participantes de um grupo de terceira idade. *RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, 89-101 - jan./jun. 2005

<sup>lxviii</sup>. Schaan MDA, Schwanke CHA, Bauer M, Luz C, Cruz IM. Hematological and nutritional parameters in apparently healthy elderly individuals - *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* vol, 2007 - SciELO Brasil

<sup>lxix</sup>. [van der Post L](#), [Schoevers R](#), [Koppelmans V](#), [Visch I](#), [Bernardt C](#), [Mulder N](#), [Beekman A](#), [de Haan L](#), [Dekker J](#). The Amsterdam Studies of Acute Psychiatry I (ASAP-I); a prospective cohort study of determinants and outcome of coercive versus voluntary treatment interventions in a metropolitan area. [BMC Psychiatry](#). 2008 May 14;8:35.

---

<sup>lxx</sup>. [Taborda JG](#), [Baptista JP](#), [Gomes DA](#), [Nogueira L](#), [Chaves ML](#). Perception of coercion in psychiatric and nonpsychiatric (medical and surgical) inpatients. [Int J Law Psychiatry](#). 2004 Mar-Apr;27(2):179-92.

<sup>lxxi</sup>. Silva MJ, Oliveira TM, Joventino ES, Moraes GL. A violência na vida cotidiana do idoso: um olhar de quem vivencia. [Int J Law Psychiatry](#). 2004 Mar-Apr;27(2):179-92.

<sup>lxxii</sup>. Ripstein, Arthur (2004). "Authority and Coercion," *Philosophy and Public Affairs* 32: pp. 2-35.

<sup>lxxiii</sup>. Marilu Chaves Catusso\* Rompendo o silencio: desvelando a sexualidade em idosos. *Revista Virtual Textos & Contextos*,2005; 4:1-19.

<sup>lxxiv</sup>. Rousseau J J. *Émile*. New York: Dutton, 1966:321.

<sup>lxxv</sup>. Dias, A. A. (1999). Autonomia e educação moral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12, 459-478.

<sup>lxxvi</sup>. Loevinger J, Wessler R. *Measuring ego development*. San Francisco: Jossey-Bass; 1970.

---

<sup>lxxvii</sup>. Meguro, K., Shimada, M., Yamaguchi S., Ishii, H., Shimada, Y., Sato, M., Yamadori A. & Sekita, Y. Cognitive function and frontal lobe atrophy in normal elderly adults: Implications for dementia not as aging-related disorder and the reserve hypothesis. *Psychiatric Clinic Neuroscience* 2001;55(6):565-72.

<sup>lxxviii</sup>. Celich KLS. Domínios de qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão em idosos participantes de grupos de terceira idade [tese]. [Porto Alegre (RS)]: PUCRS/Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/Instituto de Geriatria e Gerontologia; 2004.

<sup>lxxix</sup>. Walker LJ. Sex differences in the development of moral reasoning: a critical review. *Child Dev.* 1984;55:677-91.

<sup>lxxx</sup>. Camino C, Maia L, Ribeiro J, Gouveia L. Estudo aprofundado de um questionário sobre problemas morais. Relatório CNPq. 1996.

<sup>lxxxi</sup>. Gilligan C. *In a different voice: psychological theory and women's development.* Cambridge: Harvard University Press; 1982.

<sup>lxxxii</sup>. Camino C, Luna V, Alves A, Silva M, Rique J. Primeiros resultados da reformulação e adaptação do Defining Issues Test. Anais do 18ª Reunião Anual de Psicologia da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto, 1988. resumo 236.

---

<sup>lxxxiii</sup>. [Hassel AJ, Rolko C, Grossmann AC, Ohlmann B, Rammelsberg P.](#)

Correlations between self-ratings of denture function and oral health-related quality of life in different age groups. *Int J Prosthodont.* 2007;20(3):242-4.

<sup>lxxxiv</sup>. Bonfanti LG, Rauber MD, Biazevic MG, Crosato EM, Grasel CL. Qualidade de vida, uso e necessidade de próteses em idosos do município de Zortéa-SC, 2005. *Ver. Odontol* 2006;8(1):55-59.

<sup>lxxxv</sup>. Raymundo MM. Avaliação da diversidade no processo de obtenção da autorização por representação em situações assistenciais e de pesquisa em crianças e idosos [tese]. [Porto Alegre(RS)]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007. 79 p.

<sup>lxxxvi</sup> Haug MR, Folmar SJ. Longevity, gender, and life quality. *J Health Soc Behav.* 1986;27:332-45.

<sup>lxxxvii</sup>. Xavier FM, Ferraz MP, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly people's definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25:31-9.

<sup>lxxxviii</sup>. Workman RH, McCullough LB, Molinari V, Kunik ME, Orengo C, Khalsa DK et al. Clinical and ethical implications of impaired executive control functions for patient autonomy. *Psychiatr Serv* 2000;51:359-63.

---

<sup>lxxxix</sup>. Kahneman D, Tversky A. Choices, values, and frames. *Am Psychol*  
1984;39:341-50.

---

ANEXOS

ANEXO 1 - ESCALA DE PERCEPÇÃO DE COERÇÃO EM ASSISTÊNCIA

?????

				ANO	MÊS
DIA	L	COLET.	SUJ.		

NOME: \_\_\_\_\_ SEXO: ( ) F ( ) M

IDADE: \_\_\_\_ ANOS          PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE: \_\_\_\_ ANOS DE ESTUDO

( ) NÃO ALFABETIZADO

( ) ENSINO FUNDAMENTAL (PRIMÁRIO/ 1º GRAU)

( ) ENSINO MÉDIO (GINÁSIO/ 2º GRAU)

( ) ENSINO SUPERIOR (FACULDADE)

( ) PÓS-GRADUAÇÃO (MESTRADO/ DOUTORADO)

Leia as seguintes frases e assinale se concorda ou discorda da afirmação:



---

Concordo    Discordo

Tive oportunidade suficiente de dizer se queria me tratar.

Tive oportunidade de dizer o que queria a respeito do tratamento.

Ninguém parecia interessado em saber se eu queria me tratar.

Minha opinião sobre o tratamento não interessou.

0    1    2    3    4

ESCALA DE PERCEPÇÃO DE COERÇÃO EM ASSISTÊNCIA

SUB- ESCALA DE PROCEDIMENTOS JUSTOS

LABORATÓRIO DE PESQUISA EM BIOÉTICA E ÉTICA NA CIÊNCIA

CENTRO DE PESQUISAS/HCPA

Anexo 2- Escala de Desenvolvimento psicológico-moral

NOME: \_\_\_\_\_ SEXO: ( )F ( )M

IDADE: \_\_\_\_ ANOS                  PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE: \_\_\_\_ ANOS DE ESTUDO

---

NÃO ALFABETIZADO

ENSINO FUNDAMENTAL (PRIMÁRIO/ 1º GRAU)

ENSINO MÉDIO (GINÁSIO/ 2º GRAU)

ENSINO SUPERIOR (FACULDADE)

Pós-graduação (mestrado/ doutorado)

Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais freqüentemente com relação a si mesmo:

Compromissos assumidos

Não ser dominado pelos outros

Aprimoramento pessoal

Desejos sexuais

Estar bem trajado

Harmonia interior

Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais freqüentemente com relação a si mesmo:

Prestígio

Coerência

Autonomia

Autocrítica exagerada

Competição

Impulsividade

---

Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais freqüentemente com relação a si mesmo:

- ( ) Medo à vingança
- ( ) Boa reputação
- ( ) Conflito de necessidades
- ( ) Independência
- ( ) Ter um rendimento ótimo
- ( ) Obter vantagens

#### INSTRUMENTO DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO-MORAL

LABORATÓRIO DE PESQUISA PESQUISAS/HCPA

#### ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO WHOQOL-OLD

##### WHOQOL-OLD

##### Instruções

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

---

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações.

Pedimos que

pense na sua vida nas duas últimas semanas.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada

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

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o quanto você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

---

F25.1 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada

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

F25.3 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada

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

F26.1 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada

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

F26.2 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada

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

F26.4 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada

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

---

F29.2 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada

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

F29.3 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada

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

F29.4 O quanto você tem medo de morrer?

Nada

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

---

F29.5 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada

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

As seguintes questões perguntam sobre quão completamente você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

F25.4 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada

- 1 Muito pouco
- 2 Mais ou menos
- 3 Bastante
- 4 Completamente
- 5



---

F26.3 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada

- 1 Muito pouco
- 2 Mais ou menos
- 3 Bastante
- 4 Completamente
- 5

F27.3 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada

- 1 Muito pouco
- 2 Mais ou menos
- 3 Bastante
- 4 Completamente
- 5

F27.4 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada

- 1 Muito pouco
- 2 Mais ou menos

---

3 Bastante

4 Completamente

5

F28.4 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada

1 Muito pouco

2 Mais ou menos

3 Bastante

4 Completamente

5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu satisfeito, feliz ou bem sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

F27.5 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito

1 Insatisfeito

2 Nem satisfeito nem Insatisfeito

3 Satisfeito

4 Muito satisfeito

5

F28.1 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

---

Muito insatisfeito

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

F28.2 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito

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

F28.7 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito

- 1 Insatisfeito
- 2 Nem satisfeito nem Insatisfeito
- 3 Satisfeito
- 4 Muito satisfeito

---

5

F27.1 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz

- 1      Infeliz
- 2      Nem feliz nem Infeliz
- 3      Feliz
- 4      Muito feliz

5

F25.2 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim

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

5

As seguintes questões se referem a qualquer relacionamento íntimo que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou

---

uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

F30.2 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada

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

F30.3 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada

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

F30.4 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada

- 1 Muito pouco
- 2 Mais ou menos

---

3 Bastante

4 Completamente

5

F30.7 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada

1 Muito pouco

2 Mais ou menos

3 Bastante

4 Completamente

5

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!

Anexo 4- Whoqol- Bref

1

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

GENEBRA

---

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Professor Adjunto

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre – RS - Brasil

2

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e

outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões . Se você não tem

certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a

que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações.

Nós

estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas

últimas semanas . Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão

---

poderia ser:

nada muito

pouco

médio muito completamente

Você recebe dos outros o apoio de que

necessita?

1 2 3 4 5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o

apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o

número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

nada muito

pouco

médio muito completamente

Você recebe dos outros o apoio de que

necessita?

1 2 3 4 5

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

3

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

muito



---

ruim

ruim nem ruim

nem boa

boa muito

boa

1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?

1 2 3 4 5

muito

insatisfeito

insatisfeito nem satisfeito

nem insatisfeito

satisfeito muito

satisfeit

o

2 Quão satisfeito(a) você está

com a sua saúde?

1 2 3 4 5

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

nada muito

pouco

mais ou

---

menos

bastant

e

extremamente

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

5 O quanto você aproveita a vida? 1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

7 O quanto você consegue se concentrar? 1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

---

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

nada muito

pouco

médio muito completamente

10 Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? 1 2 3 4 5

11 Você é capaz de aceitar sua aparência física? 1 2 3 4 5

12 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

4

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

muito

ruim

---

ruim nem ruim

nem bom

bom muito

bom

15 Quão bem você é capaz de se locomover? 1 2 3 4 5

muito

insatisfeito

insatisfeito nem satisfeito

nem insatisfeito

satisfeito muito

satisfeito

16 Quão satisfeito(a) você está com o seu

sono?

1 2 3 4 5

17 Quão satisfeito(a) você está com sua

capacidade de desempenhar as atividades

do seu dia-a-dia?

1 2 3 4 5

18 Quão satisfeito(a) você está com sua

capacidade para o trabalho?

1 2 3 4 5

19 Quão satisfeito(a) você está consigo

mesmo?

---

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

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

---

nunca algumas

vezes

freqüentemente muito

freqüentemente

sempre

26 Com que freqüência você tem

sentimentos negativos tais como mau

humor, desespero, ansiedade,

depressão?

1 2 3 4 5

Alguém lhe ajudou a preencher este

questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este

questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

Anexo 5- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PROJETO: Avaliação da Qualidade de Vida no Processo de Tomada de Decisão  
na Indicação e Uso de Prótese Dentária em Idosos

---

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de um estudo sobre o uso de prótese dentária e qualidade de vida. Caso você aceite, a sua participação será através de apenas uma entrevista, com a utilização de alguns questionários.

Todas as informações coletadas serão utilizadas apenas para fins científicos e a sua identidade será preservada.

Caso você não aceite participar, não haverá qualquer prejuízo no seu atendimento ou na participação em outras pesquisas.

O pesquisador responsável pelo projeto é o Dr. Palmizio Nocchi que está a sua disposição para eventuais outros esclarecimentos através do telefone 32220864. Você também pode se informar sobre os seus direitos como participante de pesquisa.

Sinta-se à vontade para tirar suas dúvidas.

Eu, \_\_\_\_\_ aceito  
participar desta pesquisa sobre o uso de prótese dentária e qualidade de vida.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura

---

\_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_

Coletador