

Quality of life related to oral health among the elderly of a socialization group

Thais Cauduro Dallasta*
Vanessa Bischoff Medina*
Loiva Beatriz Dallepiane*

418

Abstract

Over the last decades, there has been a substantial increase in interest in the quality of life related to the oral health of the elderly. This is due to the fact that oral diseases significantly compromise the physical, emotional and social aspects of these individuals. Oral health is considered part of the general state of health and well-being. The objective of this study was to evaluate the association of quality of life with oral health in elderly women participating in a socialization group. This was a descriptive, analytical, cross-sectional study with women aged 60 years or older, who participate in a socialization group from the city of Santa Maria, RS, Brazil. Data collection was performed using the Oral Health Impact Profile instrument (OHIP-14). Sixty-six elderly women aged between 60 and 88 years, with a mean of 69.8 ± 7.31 years, participated in the study. The areas that presented the highest values were "Physical Pain", "Psychological Suffering" and "Physical Disability". The highest averages of the total OHIP-14 scores occurred in individuals with lower family income and low schooling, self-reported depression, altered taste, difficulty in feeling the taste of certain foods and malnutrition. Their low level of education, altered taste and malnutrition assessed by arm circumference were associated with poorer quality of life due to oral disorders.

Keywords: Quality of life. Oral health. Aging. Nutrition of the elderly.

INTRODUÇÃO

The perception of satisfaction with oral health is influenced by social, demographic, economic, psychosocial and behavioral factors. A decreased self-perception of one's oral condition may lead to the absence of daily oral care, the need for dental treatment and, consequently, poor oral health impacting quality of life¹.

In Brazil there is a great inequality in the use of dental care and in the state of oral health of the population among the regions of the country, despite the increase in access to services². The most vulnerable groups, such as rural, elderly, poor and less educated populations, have the worst oral health conditions and face more

obstacles in using these health services^{2,3}.

Factors associated with not using dental services are sex, race/color of the skin, education, income, health plan, self-perception of oral health and the lack of teeth. These factors were also associated with the last dental consultation being more than 12 months earlier, which was also related to other predisposing characteristics such as age, social network and eating difficulties due to oral problems⁴.

Thus, the importance of the social interaction of the elderly and their influence on oral health and, consequently, their quality of life, is evident. In Brazil, from the concept of

DOI: 10.15343/0104-7809.20194302418437

*Federal University of Santa Maria - UFSM. Santa Maria, RS, Brazil.
E-mail: loiva.dallepiane@hotmail.com



active aging, the elderly socialization groups appeared as a space for social encounters as well as for the occupation of free time with physical and leisurely activities among the elderly⁵. The activities in the groups provide the elderly integrate into a social network with a healthier lifestyle, improving the health issues that hindered daily life activities influencing an improved quality of life⁶. These groups are predominantly of women, following a historical trend in different Brazilian cities, although they are also open to male participation⁷.

Therefore, this study aimed to evaluate the association of quality of life with oral health in elderly women participating in a socialization group.

METHODS

Study design and sample

The study was characterized as a descriptive, analytical, cross-sectional study with the participation of a total of 64 elderly women from a socialization group in the city of Santa Maria, RS, Brazil. Their ages ranged from 60 to 88 years with an average of 69.8 ± 7.31 years.

Data were collected between November and December 2015, at the place of the group's activities, in the form of an interview. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Santa Maria - UFSM - under opinion number 1.282.020. All participants signed the Informed Consent Form.

Dependent and independent variables

The dependent variable used in this study was the Oral Health Impact Profile (OHIP-14), which reports aspects of quality of life most affected by oral health status⁸.

The questionnaire consists of 14 questions, 2 for each of the 7 dimensions of oral impact: functional limitation (speech difficulty and

decreased sensitivity of the palate); pain (feeling of pain and discomfort in the act of eating); psychological discomfort (worry and stress that the oral condition may cause); physical disability (possible impairment of diet and the need to interrupt meals); psychological disability (difficulty in relaxing and the feeling of shame regarding the oral condition); social disability (impact of oral status on relationships with others and difficulty in carrying out daily activities); and disability (perception of the person concerning the impact of the oral condition on their life and their inability to develop their daily activities).

The questions relate to general oral health problems that people have experienced in the last 12 months, with choices on a score scale ranging from zero (never) to 4 (always). Because each domain has two subdomains, the score ranges from zero to 8 in each domain. Severity is affected by the sum of all scores, ranging from zero to 56, considering that the higher the score, the greater the impact is of oral disorders on quality of life.

The independent variables used in this study were sociodemographic (family income and schooling) and health conditions (presence of depression, use of dental prostheses, discomfort with prosthesis use, alteration of taste, difficulty in tasting food taste and arm circumference).

Statistical analysis

Data were analyzed using the Stata 13.0 program, described in a descriptive way for the health and socio-demographic characteristics, as well as the mean values of the OHIP-14 scores and their respective domains. The differences between the mean OHIP-14 scores, according to the health and sociodemographic variables, were statistically compared using the Mann-Whitney test, adopting a significance level of 5%. In this study, the single and multiple counting variables and Poisson regression models of the OHIP-14 scores (outcome) were considered and were used to verify their association with the other predictor variables. The analysis resulted in the calculation of the means ratio with their respective confidence intervals (RR, 95% CI) as a measure of association. The RR corresponds

to the ratio of the arithmetic mean of the OHIP-14 among different categories of the predictor variables. The construction of the multiple model only considered the variables that obtained a

minimum p-value of 0.20 in the simple analysis as input criterion, and they remained in the final model when p with a minimum value of 0.05 after the adjustment was presented.

RESULTS

Table 1 shows the sociodemographic characteristics and the health conditions of the sample. It was observed that the majority of the elderly had a family income of less than three minimum wage salaries (64.06%), had studied five years or more (81.25%), had no symptoms of depression (80.85%), used dental prostheses (85.94%), had discomfort with the prosthesis (53.57%), did not demonstrate changes in taste (76.56%) and in difficulty sensing the taste of food (84.13%) and were eutrophic according to

arm circumference (53.13%).

Table 2 shows the mean values and variation of the OHIP-14 scores in the sample. Values for OHIP-14 total scores ranged from zero to 28, with a mean of 9.78 and a standard deviation of 6.66. A wide variation in the scores according to each domain can be observed, since there was no ceiling effect upon the answers. The domain with the highest values was “Physical pain”, followed by “Psychological discomfort” and “Physical disability”.

Table 1 – Sociodemographic characteristics and health conditions of elderly women participating in a coexistence group. Santa Maria, RS. 2015

Variables	N	%
Family Income (MWS)*		
≤ 3 MWS	41	64.06
> 3 MWS	23	35.94
Education (years of study)		
≥ 5 years	52	81.25
< 5 years	12	18.75
Depression (self-reported)		
Not depressed	38	80.85
Depressed	9	19.15
Use of dental prosthesis		
Yes	55	85.94
No	9	14.06
Discomfort with prosthesis		
Yes	30	53.57
No	26	46.43

to be continued...

...continuation- Table 1

Change in taste		
Yes	49	76.56
No	15	23.44
Difficulty in sensing the taste of food		
Yes	53	84.13
No	10	15.87
Arm circumference		
Malnourished	10	15.63
Overweight	20	31.25
Eutrophic	34	53.13

*MWS=Minimum Wage Salary (the value of the MWS in Brazil in November 2015 = R\$ 788.00)

Table 2 – Descriptive analysis of the total scores and subdomains of OHIP-14 of elderly participants of a socialization group. Santa Maria, RS. 2015

	Number of questions	Mean scores (SD)	Possible variation	Observed variation
OHIP-14 (escore total)	14	9.78 (6.66)	0 – 56	0 – 28
Subdomínios				
Limitação funcional	2	1.05 (1.47)	0 – 8	0 – 6
Dor física	2	1.98 (1.41)	0 – 8	0 – 6
Desconforto psicológico	2	1.83 (1.92)	0 – 8	0 – 6
Incapacidade física	2	1.63 (1.53)	0 – 8	0 – 5
Incapacidade psicológica	2	1.41 (1.45)	0 – 8	0 – 6
Incapacidade social	2	1.08 (1.30)	0 – 8	0 – 4
Incapacidade	2	0.81 (1.33)	0 – 8	0 – 4

There was a statistically significant difference between the means of the total scores and subdomains of the OHIP-14 according to the variables of the health and sociodemographic conditions (Table 3). The highest averages of OHIP-14 total scores were observed in individuals with lower family income, less schooling, who showed signs of depression, altered taste, malnutrition and who had difficulty in tasting some foods. Schooling was also associated with OHIP-14 scores in the areas of psychological discomfort and physical disability. Likewise, alterations

in their palate also influenced the domains of functional limitation and physical disability. Similar results can be observed with regard to their difficulty in sensing the taste of food, since this variable negatively influenced the domains of Functional Limitation and Psychological Disability.

Individuals who were malnourished according to arm circumference also demonstrated a diminished quality of life when comparing the total scores and the area of physical disability with individuals who were overweight.

Table 4 displays the results of the simple and adjusted Poisson regression models. The simple analysis demonstrated that only the variables “use of prosthesis and discomfort with the use of the prosthesis” were not associated with the outcome.

After adjustment, the variables “level of schooling, alteration in taste and arm circumference” were statistically associated with the averages of the total OHIP-14 score.

For example, individuals who had an education level of less than five years had a 1.67-fold higher mean OHIP-14 than those who had five years of schooling (RR 1.67, 95% CI: 1.29-2.16).

Likewise, worse levels of oral health-related quality of life (i.e. higher OHIP-14 averages) were observed in subjects with palate alteration and malnutrition when compared with subjects without these alterations.

Table 3 – Mean and (standard deviation) of the total scores and subdomains of OHIP-14 according to variables of health and sociodemographic conditions of elderly participants of a coexistence group. Santa Maria, RS. 2015

Variable	OHIP-14	FL	PP	PD1	PD2	PD3	SD1	D
Family Income (minimum wage salary)								
> 3 MWS	8.22 (5.48)*	0.87 (1.29)	1.87 (1.36)	1.69 (1.79)	1.13 (1.32)	1.30 (1.26)	0.78 (1.24)	0.56 (1.16)
≤ 3 MWS	10.66 (7.15)	1.15 (1.57)	2.05 (1.45)	1.90 (2.01)	1.90 (1.58)	1.46 (1.57)	1.24 (1.32)	0.95 (1.41)
Education (years of study)								
≥ 5 years	8.98 (6.56)*	0.98 (1.46)	2.02 (1.49)	1.56 (1.89) *	1.52 (1.50)	1.29 (1.40)	0.92 (1.26) *	0.69 (1.24)
< 5 years	13.25 (6.19)	1.33 (1.56)	1.83 (1.03)	3.00 (1.65)	2.08 (1.62)	1.92 (1.62)	1.75 (1.29)	1.33 (1.61)
Depression (self-reported)								
Yes	8.74 (5.63)*	1.00 (1.45)	1.89 (1.41)	1.68 (1.97)	1.42 (1.52)	1.21 (1.21)	0.82 (1.06)	0.71 (1.23)
No	11.78 (9.02)	1.33 (2.06)	1.56 (1.33)	2.78 (2.11)	1.55 (1.74)	2.33 (1.94)	1.44 (1.33)	0.78 (1.39)
Use of dental prosthesis								
Yes	8.89 (6.60)	0.55 (0.88)	2.56 (1.24)	1.78 (1.64)	1.33 (1.32)	1.44 (1.74)	0.67 (1.41)	0.55 (1.13)
No	9.92 (6.72)	1.13 (1.54)	1.89 (1.42)	1.84 (1.98)	1.67 (1.56)	1.40 (1.42)	1.14 (1.28)	0.85 (1.37)
Discomfort with prosthesis								
Yes	10.73 (7.12)	1.30 (1.66)	2.00 (1.46)	1.90 (1.83)	1.80 (1.49)	1.60 (1.45)	1.33 (1.32)	0.80 (1.40)
No	8.23 (5.95)	0.73 (1.22)	1.69 (1.35)	1.73 (2.20)	1.35 (1.65)	1.08 (1.35)	0.85 (1.22)	0.81 (1.33)

continua...

...continuation- Table 3

Change in taster								
No	8.43 (5.17)*	0.69 (1.17)*	1.86 (1.32)	1.73 (1.81)	1.39 (1.48) *	1.16 (1.16)	0.92 (1.13)	0.67 (1.25)
Yes	14.20 (8.98)	2.2 (1.78)	2.4 (1.64)	2.13 (2.29)	2.40 (1.45)	2.20 (2.01)	1.60 (1.68)	1.27 (1.53)
Difficulty in tasting food								
No	9.04 (5.90)*	0.75 (1.19)*	1.92 (1.37)	1.87 (1.94)	1.47 (1.47)	1.21 (1.31) *	1.06 (1.25)	0.75 (1.27)
Yes	13.90 (9.31)	2.7 (1.83)	2.10 (1.59)	1.80 (1.93)	2.40 (1.71)	2.40 (1.90)	1.30 (1.64)	1.20 (1.68)
Arm Circumference								
Malnourished	10.80 (6.81)	0.80 (1.14)	2.80 (1.47)	1.60 (1.58)	2.00 (1.24)	1.30 (1.64)	1.40 (1.64)	0.90 (1.28)
Overweight	7.25 (5.86)*	0.85 (1.56)	1.70 (1.52)	1.55 (1.84)	0.85 (1.27) *	1.00 (1.34)	0.65 (0.88)	0.65 (1.22)
Eutrophic	10.97 (6.82)	1.23 (1.52)	1.91 (1.26)	2.06 (2.07)	1.97 (1.60)	1.67 (1.45)	1.24 (1.37)	0.88 (1.43)

Source: OHIP-14: Total scores, FL: Functional limitation, PP: Physical pain, PD1: Psychological discomfort, PD2: Physical disability, PD3: Psychological disability, SD1: Social disability, I: Disability. *P-value ≤ 0.05 : Mann-Whitney test. Arm circumference variable p value from the Kruskal-Wallis test.

Table 4 – Association between variables of health and socio-demographic conditions with OHIP-14 averages of elderly women in a coexistence group. Gross and Adjusted Poisson Regression Model. Santa Maria, RS. 2015

Variable	RRa (95% CI)	P	RRb (95% CI)	P
Family Income (minimum wage salary)				
> 3 MWS	1			
≤ 3 MWS	1.29 (1.09-1.53)	0.03		
Education (years of study)				
≥ 5 years	1		1	
< 5 years	1.47 (1.23-1.77)	<0.01	1.36 (1.13-1.64)	0.01

to be continued...

...continuation- Table 4

Depression (self-reported)					*
Yes		1			
No		1.35 (1.08-1.68)		<0.01	
Use of dental prosthesis					**
Yes		1			
No		1.12 (0.88-1.41)		0.36	
Discomfort with prosthesis					*
Yes		1			
No		0.77 (0.65-1.01)		0.06	
Change in taste					
No		1		1	
Yes		1.68 (1.43-1.99)		<0.01	1.72 (1.45-2.05) <0.01
Difficulty in tasting food					*
No		1			
Yes		1.54 (1.27-1.85)		<0.01	
Arm Circumference					
Malnourished					1
Overweight		0.67 (0.52-0.87)		<0.01	0.92 (0.74-1.14) 0.41
Eutrophic		1.01 (0.81-1.26)		0.90	0.62 (0.48-0.80) <0.01

RRa: Ratios averages of the unadjusted model; RRb: Ratio averages of the model adjusted for all variables.

*Variables that did not remain in the final model because they lost significance after adjustment;

**Use of prosthesis variable was not included in the multiple model because it demonstrated a $p > 0.20$ in the unadjusted analysis.

DISCUSSÃO

With the objective of evaluating the aspects of quality of life most affected by oral health status, this study aimed to carry out an evaluation with elderly women belonging to a socialization group in the city of Santa Maria, RS, Brazil, which is different from the rest of the population because they are elderly and active. The main result of this investigation shows that

the worst levels of quality of life associated with oral health were found in individuals with less schooling (<5 years), with palate alteration and malnutrition assessed by arm circumference.

The lower level of education related to the worst level of quality of life in the women in the present study is similar to a survey conducted in the city of São Leopoldo, RS, which evaluated

quality of life and social support. Oral health self-perception assessed using the Oral Health Impact Profile (OHIP-14) using multilevel analyses identified elderly women with poorer quality of life and social support scores with poor eating habits, smokers and residents of low-income census tract⁹. It was understood that the fact that these elderly women are participating in a socialization group for the elderly means they are expanding their social network and yet the results were similar to the previous study with elderly women with low social support.

Poor education compromises the understanding of the concept of oral health as an integral part of general health. In one study, the predominance of edentulism, use, need and replacement of dental prosthesis demonstrated a precarious condition of the elderly interviewed; however, they reported an excellent or good perception of their oral health¹⁰.

Changes in taste exerted an influence on the domains of functional limitation and physical disability. Healthier oral conditions contribute to improved perception of taste, which can stimulate appetite and, consequently, increase caloric intake. This may help prevent nutritional deficiency in the elderly and improve the general health and quality of life of these patients¹¹.

Taste alterations among physically disabled elderly can be explained because most of them use dental prostheses. Since there is no longer the same performance of natural teeth, when the chewing function is changed it reduces their strength to crush and, thus, makes biting food more difficult¹². These factors can lead the elderly to a loss of appetite for eating, chewing (for premature fatigue) and pleasure in the act of eating. Faced with these situations, the elderly realize that chewing is not performed with naturalness and comfort and that there is a need to select the type of food or how to consume it.

In this context, it is observed that most of the elderly women in the study use a dental prosthesis, which is considered a rehabilitation measure to edentulism with improved chewing conditions in food, promoting a better perception of quality of life. The use of

prosthetics also requires daily hygiene care in addition to maintaining the prosthesis itself by a dental professional as this may influence the alteration of the elderly individual's palate.

According to the findings in this study, the malnutrition ratio with the worst OHIP-14 score is due to the fact that malnutrition in the elderly has a clear impact on their overall health and quality of life. According to a study with elderly people in a community in the city of Londrina, Paraná, the causes of poor oral conditions with nutritional deficits may be due to the absence of posterior occlusion, salivation, advanced presence of periodontal disease and a negative self-perception of oral health¹³.

In this study, the feeling of physical pain, psychological discomfort and physical disability was associated with oral disorders, and, consequently, worsened quality of life. In another study, elderly individuals who demonstrated a greater severity of OHIP-14 also showed a greater impairment of their mental domain (depression) and quality of life. Oral health, one of the components of quality of life, refers to a subjective experience of the individual on his functional, social and psychological well-being¹⁴.

Changes in the psychological aspect such as depression, social isolation and loneliness weaken the elderly, causing disinterest in the activities of daily living and affecting food consumption, and may cause a growing disinterest in the more consistent healthy foods, which establishes inadequate eating habits, whose diet is characterized by the ingestion of foods with a softer and at the same time nutrient-poor texture. This leads to the emergence of nutritional deficiencies that compromise the functioning of the various organs, influencing their health and contributing to a poor quality of life¹⁴.

All the elderly evaluated in this study did not have cognitive deficits. This may be due to the fact that they belong to socialization groups, characterized by different stimuli, motivated by their coexistence with other elderly people with cognitive requirements for the development of their abilities. In another study, the participation of the elderly in socialization groups revealed a good occupational therapeutic resource for health promotion and prevention, as well as a

possibility of early cognitive intervention with this population¹⁵.

As for the aspects related to the individual dimension, observing the totality of the female individuals studied may represent a limitation to the possible inferences or generalizations of the population as a whole. Women are more involved in caregiving (personal and family), and thus seek health services more often and report more morbidities¹.

One study found statistically significant differences between men and women regarding the OHIP-14 scores, where the women presented higher levels; especially in the dimensions of physical disability and psychological discomfort, as was found in this study. This implies that if the investigation was to be carried out including males the results obtained could have been different¹⁶.

For several generations, women have played a cultural role of caring for the family. They were therefore more attentive and concerned about their oral health, while at the same time they felt a greater need to consult their doctor before any changes were made and, thus, prevented their progression¹⁷.

It is also important to emphasize the importance of the elderly to participate in

socialization groups, integrating themselves in a social network, providing them a greater satisfaction with life. Improvements are related to health issues because, before attending groups, they lived with pains that prevented them from carrying out common activities of daily living⁶.

Thus, the activities provided by the groups helped a lot so that the elderly in this study could achieve a healthier lifestyle and, consequently, improve their quality of life.

Among the limitations of this investigation, the cross-sectional design stands out, because it was not possible to establish the cause and effect relationships between the associated factors. Despite this, the results presented are valid and representative of the elderly population under investigation, a situation that allowed for more clarification of the quality of life related to the oral health of these elderly people. It is also emphasized that the assessment of quality of life is a dynamic process, and possible associated factors can change over time. Another limitation of the study was the lack of clinical evaluations to verify the oral situation of the adults interviewed. These limitations constitute some starting points for future investigations that fill these gaps.

CONCLUSION

This study concluded that lower levels of education, altered taste and malnutrition according to arm circumference were

associated with poorer quality of life due to oral disorders in elderly women in a socialization group.

REFERENCES

1. Gabardo MCL, Moysés ST, Moysés S. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Pública*. 2013; 33(6): 439-445.
2. Boccolini CS, de Souza Junior PR. Inequities in Healthcare utilization: results of the Brazilian National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health*. 2016 Nov; 15(1):150. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0444-3>. PMID: 27852269.
3. Mullachery P, Silver D, Macinko J. Changes in health care inequity in Brazil between 2008 and 2013. *Int J Equity Health*. 2016; 15(1):140. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0431-8>. PMID: 27852309.
4. Herkrath FJ, Vettore MV, Werneck GL. Contextual and individual factors associated with dental services utilisation by Brazilian adults: A multilevel analysis. *PLoS ONE*. 2018 13(2): e0192771. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192771>.
5. Vargas AC, Portella MR. O diferencial de um grupo de convivência: equilíbrio e proporcionalidade entre os gêneros. *Rev Kairós*. 2013;16(3): 227-238.

6. Wichmann FM, Couto ANC, Areosa SVC, Montañés MC. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2013; 16(4):821-832.
7. Santos PM, Marinho A. Grupos de convivência para idosos como espaços de lazer (também) para homens: o olhar dos coordenadores em Florianópolis (SC). *Motrivivência.* 2016 May; 28(47): 128-144.
8. Slade GD. Derivation and validation of a Short-Form Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997; 25: 284-290.
9. Gabardo MCL, Moysés J, Moysés ST, Olandoski M, Olinto MTA, Pattussi MP. Multilevel analysis of self-perception in oral health and associated factors in Southern Brazilian adults: a cross-sectional study. *Cad Saúde Pública.* 2015 Jan;31(1):49-59.
10. Nogueira CMR, Falcão LMN, Nuto SAS, Saintrain MVL, Vieira-Meyer APGF. Autopercepção de saúde bucal em idosos: estudo de base domiciliar. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017; 20(1): 7-19.
11. Solemdal K, Sandvik L, Willumsen T, Mowe M, Hummel T. The Impact of Oral Health on Taste Ability in Acutely Hospitalized Elderly. *PLoS ONE.* 2012 May; 7(5). Doi: 10.1371/journal.pone.0036557.
12. Felício CM, Cunha CC. Relações entre condições miofuncionais orais e adaptações de próteses totais. *PCL: Rev Ibero-Am Protese Clin Lab.* 2005; 7(36):195-202.
13. Mesas AE, Andrade SM, Cabrera MAS, Bueno VLRC. Saúde bucal e déficit nutricional em idosos não institucionalizados em Londrina, Paraná, Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2010; 13(3):1-12.
14. Martins AM, Jones KM, Souza JG, Pordeus IA. Association between physical and psychosocial impacts of oral disorders and quality of life among the elderly. *Cien Saude Colet.* 2014 Aug;19(8):3461-3478.
15. Andradea NB, Canona MBF, Zugmanb CL, Ayresb TG, Ideb MG, Novellic MPC. Centro de convivência de idosos: uma abordagem de estimulação cognitiva e psicossocial. *Cad Ter Ocup UFSCar.* 2014; 22(1):121-128. Available from: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.013>.
16. Palma PV, Caetano PL, Leite IC. Impact of Periodontal Diseases on Health-Related Quality of Life of Users of the Brazilian Unified Health System. *I Int J Dent.* 2013;2013:150357. doi: 10.1155/2013/150357.
17. Duque-Duque V, Tamayo-Castrillón J, Echeverri-Cadavid P, Gutiérrez-Osorio AY, Sepúlveda-Correa D, Giraldo-Ramírez O, et al. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. *Rev CES Odont.* 2013; 26(1):10-23.

Qualidade de vida relacionada com a saúde oral em idosas de um grupo de convivência

Thais Cauduro Dallasta*
Vanessa Bischoff Medina*
Loiva Beatriz Dallepiane*

428

Resumo

Nas últimas décadas, houve um aumento substancial do interesse sobre a qualidade de vida relacionada à saúde oral de idosos, o que se deve ao fato das doenças orais comprometerem significativamente os aspectos físicos, emocionais e sociais destes indivíduos, sendo a saúde oral considerada parte integrante do estado geral de saúde e bem-estar. O objetivo deste trabalho foi avaliar a associação da qualidade de vida com a saúde oral em mulheres idosas participantes de um grupo de convivência. É um estudo do tipo descritivo, analítico, transversal, com mulheres com 60 anos ou mais, participantes de um grupo de convivência da cidade de Santa Maria, RS, Brasil. A coleta de dados utilizou o instrumento Oral Health Impact Profile (OHIP-14). Participaram do estudo 64 mulheres idosas com idade entre 60 e 88 anos, com média de 69,8 ± 7,31 anos. As áreas que apresentaram os maiores valores foram "Dor Física", "Sofrimento Psicológico" e "Incapacidade Física". As maiores médias dos escores totais do OHIP-14 ocorreram em indivíduos com menor renda familiar e baixa escolaridade, depressão autorreferida, alterações no paladar, dificuldade de sentir o gosto de determinados alimentos e desnutrição. A baixa escolaridade, a alteração de paladar e a desnutrição avaliadas pela circunferência do braço estavam associadas com pior qualidade de vida decorrente das desordens orais.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Saúde bucal. Envelhecimento. Nutrição do idoso.

INTRODUÇÃO

A percepção da satisfação com a saúde oral é influenciada por fatores sociais, demográficos, econômicos, psicossociais e comportamentais. Uma autopercepção da condição oral diminuída pode levar à ausência de cuidado oral diário, necessidade de tratamento odontológico e, conseqüentemente a uma saúde oral pobre impactando na qualidade de vida¹.

No Brasil há grande desigualdade, na utilização da assistência odontológica e no estado de saúde bucal à população entre as regiões do país, a despeito do aumento ao acesso aos serviços². Os grupos mais vulneráveis, como populações rurais, idosas, carentes e com menor escolaridade têm as piores condições de saúde bucal e enfrentam mais obstáculos na utilização de serviços de saúde^{2,3}.

Os fatores associados à não utilização dos serviços odontológicos são sexo, raça / cor da pele, escolaridade, renda, plano de saúde, autopercepção de saúde bucal e falta de dentes. Estes fatores também foram associados à última consulta odontológica há mais de 12 meses, que também relacionou outras características predisponentes como idade, rede social e dificuldades alimentares em razão de problemas bucais⁴.

Fica evidente, assim, a importância da interação social do idoso e sua influência na saúde bucal e conseqüentemente na sua qualidade de vida. No Brasil a partir do conceito de envelhecimento ativo, surgiram os grupos de convivência na Terceira Idade direcionados como espaço para o encontro social bem

DOI: 10.15343/0104-7809.20194302418437

* Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.
E-mail: loiva.dallepiane@hotmail.com



como para a ocupação do tempo livre com atividades físicas e de lazer entre os idosos⁵. As atividades nos grupos proporcionam aos idosos a integração a uma rede social com um estilo de vida mais saudável, possibilitando melhorias na questão de saúde que dificultava as atividades de vida diária influenciando em uma melhor qualidade de vida⁶. Esses grupos caracterizam-se predominantemente por mulheres, seguindo uma tendência histórica em diferentes cidades brasileiras, embora seja aberto igualmente à participação masculina⁷.

Nesse sentido, este trabalho teve o propósito de avaliar a associação da qualidade de vida com a saúde oral em mulheres idosas participantes de um grupo de convivência.

MÉTODOS

Delineamento e amostra do estudo

A pesquisa caracterizou-se como um estudo do tipo descritivo, analítico, de abordagem transversal, com a participação de um total de 64 idosas de um grupo de convivência da cidade de Santa Maria, RS, Brasil. A idade variou de 60 a 88 anos com uma média de $69,8 \pm 7,31$ anos.

A coleta dos dados foi feita no período compreendido entre novembro e dezembro de 2015, no local das atividades do grupo, sendo realizado na forma de entrevista. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM - sob o parecer número 1.282.020. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Variáveis dependentes e independentes

A variável dependente utilizada neste estudo foi o instrumento *Oral Health Impact Profile* - OHIP-14 -, que relaciona os aspectos da qualidade de vida mais afetados pelo estado de saúde oral⁸.

O questionário é constituído de 14 questões, 2 para cada uma das 7 dimensões de impacto oral: limitação funcional (dificuldade na fala

e na diminuição da sensibilidade do paladar); dor (sensação de dor e incômodo no ato de comer); desconforto psicológico (preocupação e stress que a condição oral poderá provocar); incapacidade física (possível prejuízo na alimentação e na necessidade de interromper as refeições); incapacidade psicológica (dificuldade em relaxar e o sentimento de vergonha relativa à condição oral); incapacidade social (impacto da condição oral nas relações com os outros e na dificuldade em realizar as atividades diárias); e Incapacidade (percepção da pessoa acerca do impacto da condição oral na sua vida e na incapacidade em desenvolver as suas atividades diárias).

As questões referem-se a problemas de saúde oral geral que as pessoas tenham vivenciado nos últimos 12 meses, com opções de respostas em uma escala de pontuação que varia de zero (nunca) a 4 (sempre). Como cada domínio tem dois subdomínios, a pontuação vai de zero a 8 em cada domínio. A gravidade é aferida pela soma de todos os escores, variando de zero a 56, considerando que quanto maior o escore, maior é o impacto decorrente das desordens orais sobre a qualidade de vida.

As variáveis independentes utilizadas neste estudo foram sociodemográficas (renda familiar e escolaridade) e condições de saúde (presença de depressão, uso de prótese dentária, desconforto com o uso da prótese, alteração no paladar, dificuldade em sentir gosto do alimento e circunferência do braço).

Análise estatística

Os dados foram analisados utilizando-se o programa Stata 13.0, apresentadas de forma descritiva para as características de saúde e sociodemográficas, bem como os valores médios dos escores do OHIP-14 e seus respectivos domínios. As diferenças entre os escores médios do OHIP-14, de acordo com as variáveis de saúde e sociodemográficas, foram comparadas estatisticamente por meio do teste de Mann-Whitney, adotando nível de significância de 5%. Neste estudo, os escores do OHIP-14 (desfecho) foram considerados variável de contagem e modelos de regressão de *Poisson* simples e

múltiplos e foram utilizados para verificar sua associação com as demais variáveis preditoras. A análise resultou no cálculo da razão de médias com seus respectivos intervalos de confiança (RR; IC95%) como medida de associação. A RR corresponde à razão da média aritmética do OHIP-14 entre diferentes categorias das

variáveis preditoras. A construção do modelo múltiplo considerou como critério de entrada somente as variáveis que obtiveram um valor de p mínimo de 0,20 na análise simples, e elas permaneceram no modelo final quando apresentaram p com um valor mínimo de 0,05 após o ajuste.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e as condições de saúde da amostra.

Observa-se que a maioria das idosas possuía uma renda familiar menor que três salários mínimos (64,06%), haviam estudado cinco anos ou mais (81,25%), não apresentavam sintomas de depressão (80,85%), faziam uso de prótese dentária (85,94%), tinham desconforto com a prótese (53,57%), não apresentavam alterações no paladar (76,56%) e na dificuldade em sentir o gosto dos alimentos (84,13%) e encontravam-se

em eutrofia segundo a circunferência do braço (53,13%).

A tabela 2 demonstra os valores médios e a variação dos escores do OHIP-14 na amostra. Os valores para os escores totais do OHIP-14 variaram de zero a 28, com média de 9,78 e desvio-padrão de 6,66. Pode-se observar ampla variação nos escores de acordo com cada domínio, posto que não houve efeito *ceiling* nas respostas. O domínio que apresentou maiores valores foi o da “Dor física”, seguido pelo “Desconforto psicológico” e a “Incapacidade física”.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e condições de saúde de idosas participantes de um grupo de convivência. Santa Maria, RS. 2015.

Variáveis	N	%
Renda Familiar (SM)*		
≤ 3 SM	41	64,06
> 3 SM	23	35,94
Escolaridade (anos de estudo)		
≥ 5 anos	52	81,25
< 5 anos	12	18,75
Depressão (autorreferida)		
Sem depressão	38	80,85
Com depressão	9	19,15
Uso de prótese dentária		
Sim	55	85,94
Não	9	14,06
Desconforto com prótese		
Sim	30	53,57
Não	26	46,43

continua...

...continuação - Tabela 1

Alteração no paladar		
Não	49	76,56
Sim	15	23,44
Dificuldade em sentir gosto do alimento		
Não	53	84,13
Sim	10	15,87
Circunferência do braço		
Depleção	10	15,63
Sobrepeso	20	31,25
Eutrofia	34	53,13

*SM=Salário mínimo (valor do SM no Brasil em novembro de 2015 = R\$ 788,00)

Tabela 2 – Análise descritiva dos escores totais e subdomínios do OHIP-14 de idosas participantes de um grupo de convivência. Santa Maria, RS. 2015.

	Número de questões	Média dos escores (DP)	Variação possível	Variação observada
OHIP-14 (escore total)	14	9,78 (6,66)	0 – 56	0 – 28
Subdomínios				
Limitação funcional	2	1,05 (1,47)	0 – 8	0 – 6
Dor física	2	1,98 (1,41)	0 – 8	0 – 6
Desconforto psicológico	2	1,83 (1,92)	0 – 8	0 – 6
Incapacidade física	2	1,63 (1,53)	0 – 8	0 – 5
Incapacidade psicológica	2	1,41 (1,45)	0 – 8	0 – 6
Incapacidade social	2	1,08 (1,30)	0 – 8	0 – 4
Incapacidade	2	0,81 (1,33)	0 – 8	0 – 4

Houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos escores totais e subdomínios do OHIP-14 de acordo com as variáveis das condições de saúde e sociodemográficas (Tabela 3).

As Maiores médias dos escores totais do OHIP-14 foram observadas em indivíduos com pior renda familiar, menor escolaridade, que apresentavam sinais de depressão, alteração no paladar, desnutrição e que tinham dificuldade de sentir o gosto de alguns alimentos.

A escolaridade também foi associada com escores de OHIP-14 nos domínios desconforto

psicológico e incapacidade física. Do mesmo modo, as alterações no paladar influenciaram também os domínios de limitação funcional e incapacidade física.

Resultados similares podem ser observados no que se refere à dificuldade em sentir o gosto de alimentos, uma vez que esta variável influenciou negativamente o domínio Limitação funcional e Incapacidade psicológica. Indivíduos desnutridos segundo a circunferência do braço também apresentavam piora de qualidade de vida quando comparados aos indivíduos com excesso de peso nos

escores totais e no domínio de incapacidade física.

A Tabela 4 apresenta os resultados dos modelos de regressão de poisson simples e ajustado. A análise simples demonstrou que apenas as variáveis “uso de prótese e desconforto com o uso da prótese” não estavam associadas com o desfecho. Após o ajuste, as variáveis “nível de escolaridade, alteração no paladar e circunferência do braço” manitveram-se estatisticamente associadas às médias de escore total do OHIP-

14. Por exemplo, indivíduos que tinham nível de escolaridade inferior a cinco anos de estudo, apresentavam uma média 1,67 vezes maior de OHIP-14 quando comparados aos indivíduos que tinham cinco anos ou mais de escolaridade (RR:1,67; IC95%: 1,29-2,16). Do mesmo modo, piores níveis de qualidade de vida relacionada à saúde oral (isto é, maiores médias de OHIP-14) foram observados em sujeitos com alteração de paladar e com desnutrição quando comparados aos sujeitos sem essas alterações.

Tabela 3 – Médias e (desvio padrão) dos escores totais e subdomínios do OHIP-14 de acordo com variáveis de condições de saúde e sociodemográficas de idosas participantes de um grupo de convivência. Santa Maria, RS. 2015.

Variáveis	OHIP-14	LF	DF	DP	IF	IP	IF	I
Renda Familiar (salário mínimo)								
> 3 SM	8,22 (5,48)*	0,87 (1,29)	1,87 (1,36)	1,69 (1,79)	1,13 (1,32)	1,30 (1,26)	0,78 (1,24)	0,56 (1,16)
≤ 3 SM	10,66 (7,15)	1,15 (1,57)	2,05 (1,45)	1,90 (2,01)	1,90 (1,58)	1,46 (1,57)	1,24 (1,32)	0,95 (1,41)
Escolaridade (anos de estudo)								
≥ 5 anos	8,98 (6,56)*	0,98 (1,46)	2,02 (1,49)	1,56 (1,89)*	1,52 (1,50)	1,29 (1,40)	0,92 (1,26)*	0,69 (1,24)
< 5 anos	13,25 (6,19)	1,33 (1,56)	1,83 (1,03)	3,00 (1,65)	2,08 (1,62)	1,92 (1,62)	1,75 (1,29)	1,33 (1,61)
Depressão (autorreferida)								
Sim	8,74 (5,63)*	1,00 (1,45)	1,89 (1,41)	1,68 (1,97)	1,42 (1,52)	1,21 (1,21)	0,82 (1,06)	0,71 (1,23)
Não	11,78 (9,02)	1,33 (2,06)	1,56 (1,33)	2,78 (2,11)	1,55 (1,74)	2,33 (1,94)	1,44 (1,33)	0,78 (1,39)
Uso de prótese dentária								
Sim	8,89 (6,60)	0,55 (0,88)	2,56 (1,24)	1,78 (1,64)	1,33 (1,32)	1,44 (1,74)	0,67 (1,41)	0,55 (1,13)
Não	9,92 (6,72)	1,13 (1,54)	1,89 (1,42)	1,84 (1,98)	1,67 (1,56)	1,40 (1,42)	1,14 (1,28)	0,85 (1,37)
Desconforto com prótese								
Sim	10,73 (7,12)	1,30 (1,66)	2,00 (1,46)	1,90 (1,83)	1,80 (1,49)	1,60 (1,45)	1,33 (1,32)	0,80 (1,40)
Não	8,23 (5,95)	0,73 (1,22)	1,69 (1,35)	1,73 (2,20)	1,35 (1,65)	1,08 (1,35)	0,85 (1,22)	0,81 (1,33)

continua...

...continuação - Tabela 3

Alteração no paladar								
Não	8,43 (5,17)*	0,69 (1,17)*	1,86 (1,32)	1,73 (1,81)	1,39 (1,48)*	1,16 (1,16)	0,92 (1,13)	0,67 (1,25)
Sim	14,20 (8,98)	2,2 (1,78)	2,4 (1,64)	2,13 (2,29)	2,40 (1,45)	2,20 (2,01)	1,60 (1,68)	1,27 (1,53)
Dificuldade em sentir gosto do alimento								
Não	9,04 (5,90)*	0,75 (1,19)*	1,92 (1,37)	1,87 (1,94)	1,47 (1,47)	1,21 (1,31)*	1,06 (1,25)	0,75 (1,27)
Sim	13,90 (9,31)	2,7 (1,83)	2,10 (1,59)	1,80 (1,93)	2,40 (1,71)	2,40 (1,90)	1,30 (1,64)	1,20 (1,68)
Circunferência do braço								
Desnutrição	10,80 (6,81)	0,80 (1,14)	2,80 (1,47)	1,60 (1,58)	2,00 (1,24)	1,30 (1,64)	1,40 (1,64)	0,90 (1,28)
Excesso de peso	7,25 (5,86)*	0,85 (1,56)	1,70 (1,52)	1,55 (1,84)	0,85 (1,27)*	1,00 (1,34)	0,65 (0,88)	0,65 (1,22)
Eutrofia	10,97 (6,82)	1,23 (1,52)	1,91 (1,26)	2,06 (2,07)	1,97 (1,60)	1,67 (1,45)	1,24 (1,37)	0,88 (1,43)

Fonte (OHIP-14: Escores totais; LF: Limitação funcional; DF: Dor física; DP: Desconforto psicológico IF: Incapacidade física; IP: Incapacidade psicológica; IS: Incapacidade social; I: Incapacidade)

*Valor de $p \leq 0,05$: teste de Mann-Whitney. Variável circunferência do braço valor de p do teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 4 – Associação entre variáveis de condições de saúde e sociodemográficas com as médias do OHIP-14 de idosas participantes de um grupo de convivência. Modelo de Regressão de Poisson bruto e Ajustado. Santa Maria, RS. 2015.

Variáveis	RR ^a (IC 95%)	P	RR ^b (IC 95%)	p
Renda Familiar (SM=salário mínimo)				
> 3 SM	1			
≤ 3 SM	1,29 (1,09-1,53)	0,03		
Escolaridade (anos de estudo)				
≥ 5 anos	1		1	
< 5 anos	1,47 (1,23-1,77)	<0,01	1,36 (1,13-1,64)	0,01

continua...

...continuação - Tabela 4

Depressão		*		
Sem depressão	1			
Com depressão	1,35 (1,08-1,68)	<0,01		
Uso de prótese dentária		**		
Sim	1			
Não	1,12 (0,88-1,41)	0,36		
Desconforto com prótese		*		
Sim	1			
Não	0,77 (0,65-1,01)	0,06		
Alteração no paladar				
Não	1		1	
Sim	1,68 (1,43-1,99)	<0,01	1,72 (1,45-2,05)	<0,01
Dificuldade em sentir gosto do alimento		*		
Não	1			
Sim	1,54 (1,27-1,85)	<0,01		
Circunferência do braço Desnutrição		1		
Excesso de peso	0,67 (0,52-0,87)	<0,01	0,92 (0,74-1,14)	0,41
Eutrofia	1,01 (0,81-1,26)	0,90	0,62 (0,48-0,80)	<0,01

RR^a: Razão de Médias do modelo não ajustado; RR^b: Razão de Médias do modelo ajustado por todas as variáveis.

* Variáveis que não permaneceram no modelo final pois perderam significância após o ajuste;

** Variável uso de prótese não foi incluída no modelo múltiplo por apresentar $p > 0,20$ na análise não ajustada.

DISCUSSÃO

Com o objetivo de avaliar os aspectos da qualidade de vida mais afetados pelo estado de saúde oral, este estudo inova ao realizar avaliação com idosas do sexo feminino pertencentes a um grupo de convivência na cidade de Santa Maria, RS, Brasil, diferenciando-se dos demais por ser população idosa e ativa. O principal resultado desta investigação mostra que os piores níveis de qualidade de vida associados com a saúde oral foram encontrados

em indivíduos com menor escolaridade (< 5 anos), com alteração no paladar e desnutrição avaliada pela circunferência do braço.

A baixa escolaridade relacionada com o pior nível de qualidade de vida no sexo feminino no presente estudo é similar a uma pesquisa realizada na cidade de São Leopoldo, RS, que avaliou a qualidade de vida e apoio social. A autopercepção em saúde bucal avaliada por meio do Oral Health Impact Profile (OHIP-14)

utilizando a análise em multinível identificou que pessoas do sexo feminino, com idade avançada, piores escores de qualidade de vida e de apoio social, com hábitos alimentares ruins, fumantes e residentes em setores censitários com baixa renda apresentaram maiores chances de relatar pior autopercepção em saúde bucal⁹. Entendeu-se que o fato dessas idosas estarem participando de um grupo de convivência para a terceira idade significa uma ampliação do rede social e mesmo assim os resultados foram semelhantes ao estudo acima com idosas de baixo apoio social.

A baixa escolaridade compromete o entendimento da concepção de saúde bucal enquanto parte integrante da saúde geral. Em um estudo, a predominância do edentulismo, uso, necessidade e substituição de prótese dentária evidenciava uma precária condição dos idosos entrevistados, no entanto, relataram uma ótima ou boa percepção de sua saúde bucal¹⁰.

As alterações no paladar exerceram influência sobre os domínios de limitação funcional e incapacidade física. As condições orais mais saudáveis contribuem para a melhor percepção do sabor, podendo estimular o apetite e, conseqüentemente, aumentar a ingestão calórica. Isso pode ajudar a prevenir a deficiência nutricional em idosos e melhorar a saúde geral e a qualidade de vida desses pacientes¹¹.

As alterações do paladar entre os idosos com incapacidade física podem ser explicadas em razão de a maioria deles fazer uso de próteses dentárias, quando a função da mastigação se dá de forma diferente, diminuindo a força para triturar e com isso tornando a mordida dos alimentos mais difícil, uma vez que não há mais o mesmo desempenho dos dentes naturais¹². Esses fatores podem levar o idoso à perda da vontade de comer, do mastigar (por fadiga precoce) e do prazer no ato de alimentar-se. Diante dessas situações, os idosos percebem que a mastigação não é realizada com naturalidade e conforto e que há necessidade de selecionar o tipo de alimento ou a forma de consumi-lo.

Neste contexto, observa-se que, a maioria das idosas do estudo faz uso de prótese dentária, considerada uma medida de reabilitação ao

edentulismo com melhora das condições de mastigação na alimentação, promovendo uma melhor percepção da qualidade de vida.

O emprego de prótese também requer cuidados de higiene diário além de uma manutenção da própria prótese por profissional da odontologia pois isso pode influenciar na alteração do paladar dos idosos.

De acordo com os achados neste estudo, a relação de desnutrição com pior escore no OHIP-14 deve-se ao fato de que a desnutrição em idosos tem um evidente impacto sobre sua saúde geral e qualidade de vida. Segundo um estudo com idosos de uma comunidade da cidade de Londrina, Paraná, as causas das más condições bucais com déficits nutricionais podem ser decorrentes da ausência de oclusão posterior, diminuição da salivagem, presença avançada de doença periodontal e autopercepção negativa de saúde bucal¹³.

Neste estudo, o sentimento de dor física, desconforto psicológico e incapacidade física foi associado às desordens orais, e conseqüentemente à pior qualidade de vida. Em outro estudo, os idosos que apresentaram maior gravidade do OHIP-14 mostravam também maior comprometimento do domínio mental (depressão) e da qualidade de vida. A saúde oral, um dos componentes da qualidade de vida, refere-se a uma experiência subjetiva do indivíduo sobre o seu bem-estar funcional, social e psicológico¹⁴.

Alterações do aspecto psicológico como depressão, isolamento social e solidão fragilizam o idoso, causando desinteresse pelas atividades da vida diária e afetando o consumo alimentar, podendo causar um crescente desinteresse diante dos alimentos saudáveis mais consistentes, o que ocasiona, por conseguinte a instalação de hábitos alimentares inadequados, cuja dieta caracteriza-se pela ingestão de alimentos com uma textura mais macia e, ao mesmo tempo, pobre em nutrientes. Isso propicia o surgimento de deficiências nutricionais que comprometem o funcionamento dos diversos órgãos, influenciando na sua saúde e contribuindo para uma pior qualidade de vida¹⁴.

Todos os idosos avaliados neste estudo não possuíam déficit cognitivo. Isso pode estar associado ao fato de pertencerem a grupos

de convivência, caracterizados por diversos estímulos, motivado pela convivência com outros idosos com exigências cognitivas para o desenvolvimento das suas capacidades. Em outro estudo, a participação de idosos em grupos de convivência revelou-se um bom recurso terapêutico ocupacional de promoção e prevenção de saúde, além de uma possibilidade de intervenção cognitiva precoce junto a essa população¹⁵.

Quanto aos aspectos relacionados à dimensão individual, observa-se a totalidade dos indivíduos do estudo do sexo feminino o que pode representar uma limitação às possíveis inferências ou generalizações para a população como um todo. As mulheres são mais vinculadas ao ato do cuidado (pessoal e familiar) e, dessa forma, procuram mais pelos serviços de saúde e relatam mais morbidades¹.

Um estudo verificou diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres quanto às pontuações obtidas no OHIP-14, posto que as mulheres apresentaram níveis mais elevados, sobretudo nas dimensões incapacidade física e desconforto psicológico, como encontrados nesta pesquisa. Isso implica que se a investigação fosse realizada incluindo o sexo masculino os resultados obtidos poderiam ser diferentes¹⁶. Durante várias gerações, as mulheres desempenharam um papel cultural de responsabilidade de cuidar da família. Assim, ficavam mais atentas e preocupadas com a sua saúde oral, ao mesmo tempo em que sentiam maior necessidade de consultar o médico antes

de qualquer alteração e, deste modo, impedir a sua progressão¹⁷.

Destaca-se, ainda, a importância de os idosos participarem de grupos de convivência, integrando-se a uma rede social, permitindo a estes maior satisfação com a vida. As melhorias são relacionadas a questões de saúde, pois, antes de frequentar os grupos, viviam com dores que os impediam de realizar atividades comuns da vida diária⁶.

Sendo assim, as atividades proporcionadas pelos grupos auxiliaram muito para que os idosos deste estudo pudessem obter um estilo de vida mais saudável e, conseqüentemente, melhorar sua qualidade de vida.

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

Outra limitação do estudo foi a não realização de avaliação clínica para verificar a situação bucal dos adultos entrevistados. Tais limitações constituem alguns pontos de partida para futuras investigações que preencham estas lacunas.

CONCLUSÃO

Este estudo concluiu que a baixa escolaridade, a alteração de paladar e a desnutrição pela circunferência do braço,

estavam associadas com pior qualidade de vida decorrente das desordens orais em idosas participantes de um grupo de convivência.

REFERÊNCIAS

1. Gabardo MCL, Moysés ST, Moysés S. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Pública*. 2013; 33(6): 439-445.
2. Boccolini CS, de Souza Junior PR. Inequities in Healthcare utilization: results of the Brazilian National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health*. 2016 Nov; 15(1):150. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0444-3>. PMID: 27852269.
3. Mullachery P, Silver D, Macinko J. Changes in health care inequity in Brazil between 2008 and 2013. *Int J Equity Health*. 2016; 15(1):140. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0431-8>. PMID: 27852309.
4. Herkrath FJ, Vettore MV, Werneck GL. Contextual and individual factors associated with dental services utilisation by Brazilian

- adults: A multilevel analysis. PLoS ONE. 2018 13(2): e0192771. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192771>.
5. Vargas AC, Portella MR. O diferencial de um grupo de convivência: equilíbrio e proporcionalidade entre os gêneros. *Rev Kairós*. 2013;16(3): 227-238.
 6. Wichmann FM, Couto ANC, Areosa SVC, Montañés MC. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013; 16(4):821-832.
 7. Santos PM, Marinho A. Grupos de convivência para idosos como espaços de lazer (também) para homens: o olhar dos coordenadores em Florianópolis (SC). *Motrivivência*. 2016 May; 28(47): 128-144.
 8. Slade GD. Derivation and validation of a Short-Form Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997; 25: 284-290.
 9. Gabardo MCL, Moysés J, Moysés ST, Olandoski M, Olinto MTA, Pattussi MP. Multilevel analysis of self-perception in oral health and associated factors in Southern Brazilian adults: a cross-sectional study. *Cad Saúde Pública*. 2015 Jan;31(1):49-59.
 10. Nogueira CMR, Falcão LMN, Nuto SAS, Saintrain MVL, Vieira-Meyer APGF. Autopercepção de saúde bucal em idosos: estudo de base domiciliar. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017; 20(1): 7-19.
 11. Solemdal K, Sandvik L, Willumsen T, Mowe M, Hummel T. The Impact of Oral Health on Taste Ability in Acutely Hospitalized Elderly. *PLoS ONE*. 2012 May; 7(5). Doi: 10.1371/journal.pone.0036557.
 12. Felício CM, Cunha CC. Relações entre condições miofuncionais orais e adaptações de próteses totais. *PCL: Rev Ibero-Am Protese Clin Lab*. 2005; 7(36):195-202.
 13. Mesas AE, Andrade SM, Cabrera MAS, Bueno VLRC. Saúde bucal e déficit nutricional em idosos não institucionalizados em Londrina, Paraná, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 13(3):1-12.
 14. Martins AM, Jones KM, Souza JG, Pordeus IA. Association between physical and psychosocial impacts of oral disorders and quality of life among the elderly. *Cien Saude Colet*. 2014 Aug;19(8):3461-3478.
 15. Andradea NB, Canona MBF, Zugmanb CL, Ayresb TG, Ideb MG, Novellic MPC. Centro de convivência de idosos: uma abordagem de estimulação cognitiva e psicossocial. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2014; 22(1):121-128. Available from: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.013>.
 16. Palma PV, Caetano PL, Leite IC. Impact of Periodontal Diseases on Health-Related Quality of Life of Users of the Brazilian Unified Health System. *I Int J Dent*. 2013;2013:150357. doi: 10.1155/2013/150357.
 17. Duque-Duque V, Tamayo-Castrillón J, Echeverri-Cadauid P, Gutiérrez-Osorio AY, Sepúlveda-Correa D, Giraldo-Ramírez O, et al. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. *Rev CES Odont*. 2013; 26(1):10-23.