

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

**FACULDADE DE EDUCAÇÃO
MESTRADO EM GERONTOLOGIA**

**PACIENTES ODONTOGERIÁTRICOS: UM ESTUDO
EXPLORATÓRIO SOBRE SAÚDE BUCAL E
QUALIDADE DE VIDA**

STELLA VIDAL DE SOUZA TORRES

Orientador: PROF.DR. ANTONIO BENTO ALVES DE MORAES

**Campinas
2003**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

**FACULDADE DE EDUCAÇÃO
MESTRADO EM GERONTOLOGIA**

**PACIENTES ODONTOGERIÁTRICOS: UM ESTUDO
EXPLORATÓRIO SOBRE SAÚDE BUCAL E
QUALIDADE DE VIDA**

STELLA VIDAL DE SOUZA TORRES

Dissertação apresentada à Comissão Julgadora da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas para a obtenção do Título de Mestre em Gerontologia, sob a orientação do Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes, Professor Titular do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, FOP-UNICAMP.

**Campinas
2003**

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, José e Ofélia, que com o exemplo, a dedicação e o carinho souberam transmitir aos filhos o gosto pelo estudo.

Ao meu irmão, José Fernando, pelo incentivo e apoio dados ao longo deste caminhar.

Ao meu querido Maurício, pelo aconchego nos momentos mais difíceis.

Aos meus amados filhos, Cecília e Rafael, pela paciência e compreensão.

AGRADECIMENTOS

- ✚ Ao Professor Dr. Antonio Bento Alves de Moraes, meu orientador, pela amizade e pelos momentos de valoroso aprendizado.
- ✚ À Professora Dr^a. Anita Liberalesso Neri, pelo privilégio de conviver com as melhores qualidades do ser humano.
- ✚ À Professora Dr^a. Maria José D`Elboux Diogo, pelas valiosas contribuições recebidas para o bom andamento da pesquisa.
- ✚ Ao Professor Dr. Áderson L. Costa Júnior, pelos esclarecimentos dados às infundáveis dúvidas.
- ✚ Aos Professores da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Dr^a. Célia Marisa Rizzatti Barbosa, Dr. Eduardo Hebling, Dr. José Ricardo de Albergaria Barbosa e Dr. Marcelo de Castro Meneghim, pelo auxílio recebido no decorrer da pesquisa.
- ✚ Aos colegas de turma Adriana Alcântara, Adriana Batista, Claudiene, Gisele, José Eduardo, Luciana, Maria Cláudia, Marise, Roosevelt, Terezinha, Valéria, pela alegria do convívio.
- ✚ Às colegas Nelma Caires Queroz, Elisandra Villela Gasparetto Sé, Meire Cachioni, Cinara Sommerhalder e Silvia Maria Azevedo Santos, pelo companheirismo e vínculos de amizade.
- ✚ Aos funcionários da Faculdade de Educação, pelo cuidado, carinho e prontidão em nos auxiliar.
- ✚ À querida Dolores M. Torres, funcionária do CEPAE, cujo auxílio durante a coleta de dados foi imprescindível.
- ✚ Ao Fábio Pauluci Vidal, pelos trabalhos de revisão realizados.
- ✚ À Carina Pauluci Vidal, pela contribuição recebida nos momentos de coleta e tratamento de dados.
- ✚ Ao Helymar da Costa Machado, pelo tratamento estatístico dos dados da pesquisa.
- ✚ À CAPES, pelo suporte financeiro recebido à elaboração da pesquisa.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

✚ *Aos idosos, razão de ser
desta pesquisa, meu mais
profundo agradecimento.*

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE ANEXOS

RESUMO

ABSTRACT

INTRODUÇÃO.....	01
REVISÃO DE LITERATURA.....	05
A importância de pesquisar o processo de envelhecimento.....	05
Saúde bucal na velhice: dados brasileiros.....	06
Saúde bucal e Qualidade de Vida na velhice.....	11
OBJETIVOS.....	26
METODOLOGIA.....	27
Sujeitos.....	27
Cuidados éticos.....	28
Instrumentos.....	29
Procedimento de coleta de dados.....	31
Análise e tratamento estatístico dos dados.....	31
RESULTADOS.....	33
DISCUSSÃO.....	54
CONCLUSÃO.....	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
ANEXOS.....	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição de frequência dos dados sócio-demográficos dos pacientes idosos.....	34
Tabela 2	Distribuição dos idosos de acordo com a procedência.....	35
Tabela 3	Distribuição dos idosos segundo a época da vida em que viveram na zona rural, de acordo com o gênero	35
Tabela 4	Distribuição da frequência das doenças relatadas pelos idosos, de acordo com o CID-10 (respostas múltiplas).....	37
Tabela 5	Número de dentes presentes na cavidade oral da amostra.....	41
Tabela 6	Distribuição das médias de dentes cariados, perdidos, obturados e com extração indicada e o índice CPO-D para os 41 idosos dentados.....	41
Tabela 7	Distribuição de frequência das condições protéticas de idosos dentados e desdentados.....	42
Tabela 8	Distribuição de frequência e percentagem do uso de prótese, em idosos dentados e desdentados.....	43
Tabela 9	Distribuição da frequência das necessidades de uso de prótese dentárias entre pacientes dentados e desdentados.....	44
Tabela 10	Coeficiente de consistência interna para o questionário GOHAI.....	44
Tabela 11	Percentual de respostas para os itens do instrumento GOHAI na amostra total.....	45
Tabela 12	P-Valores para o GOHAI total e por domínios em relação ao CPO-D.....	48
Tabela 13	Valores médios do GOHAI total e por domínios em relação ao uso e necessidade de prótese.....	49
Tabela 14	Satisfação com a vida comparada a de outras pessoas da mesma idade.....	49
Tabela 15	Coeficientes de correlação e equações de regressão para as comparações entre os escores em satisfação com a saúde física e a satisfação com a saúde física comparada com a de outras pessoas da mesma idade e os escores no GOHAI.....	50
Tabela 16	Valores médios de satisfação referenciada a domínios em relação ao uso e necessidade de prótese.....	51
Tabela 17	Satisfação com a saúde bucal e saúde bucal comparada para os idosos dentados e desdentados.....	52
Tabela 18	Correlações e retas de regressão entre satisfação e GOHAI.....	53

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo simplificado de desordens orais, saúde bucal e qualidade de vida...	17
Figura 2	As quatro dimensões do modelo de qualidade de vida na velhice, segundo Lawton, 1983.....	19
Figura 3	Respostas relacionadas à questão sobre problemas de saúde existentes, de acordo com o gênero.....	36
Figura 4	Distribuição das doenças relatadas pelos idosos de acordo com o gênero (respostas múltiplas).....	38
Figura 5	Respostas relacionadas à avaliação da própria saúde, de acordo com o gênero.....	39
Figura 6	Respostas relacionadas à prática de exercícios físicos, segundo o gênero.....	40
Figura 7	Respostas relacionadas ao controle de peso, segundo o gênero dos idosos...	40
Figura 8	Distribuição da frequência dos problemas de saúde relatados entre dentados e desdentados (respostas múltiplas).....	46
Figura 9	Distribuição da frequência dos problemas de saúde relatados, de acordo com o número de dentes presentes na cavidade oral (respostas múltiplas)..	47
Figura 10	Distribuição da frequência dos problemas de saúde relatados, de acordo com o uso e a necessidade de próteses (respostas múltiplas).....	47
Figura 11	Correlações entre satisfação com a saúde bucal e os escores no GOHAI.....	52
Figura 12	Correlações entre satisfação com a saúde bucal comparada com a de outras pessoas da mesma idade e os escores no GOHAI.....	53

LISTA DE ANEXOS

Anexo I	Certificado emitido pelo Comitê de Ética na Pesquisa FOP/UNICAMP..	78
Anexo II	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	79
Anexo III	Modelo de ficha sócio-demográfica.....	81
Anexo IV	Modelo do questionário de avaliação da saúde bucal geriátrica GOHAI..	83
Anexo V	Atividades instrumentais de vida diária - IADL.....	84
Anexo VI	Modelo de ficha clínica	85
Anexo VII	Critérios de exame para o índice de CPO-D.....	86
Anexo VIII	Planta baixa da sala de atendimento do Laboratório de Psicologia Aplicada (LPA) da Faculdade de Odontologia de Piracicaba FOP/UNICAMP.....	87

TORRES, S.V.S. (2003). *Pacientes odontogeriátricos: um estudo exploratório sobre saúde bucal e qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia pela Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas. FE/UNICAMP.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo verificar o estado de saúde bucal e as condições de saúde de idosos com idade entre 60 a 75 anos, funcionalmente independentes, bem como avaliar a percepção e a satisfação com a vida e referenciada a domínios como a saúde bucal e a saúde física global. A amostra constituiu-se de sessenta e um pacientes inscritos no programa de atendimento odontológico da Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/Unicamp) entre os meses de abril a dezembro de 2002. Os sujeitos foram caracterizados de acordo com os critérios sócio-demográficos de idade, sexo, estado civil, escolaridade e renda. Além de um questionário sócio-demográfico, foram aplicados mais dois instrumentos: uma escala de atividades instrumentais de vida diária e o questionário para avaliação da saúde bucal geriátrica (GOHAI). Realizou-se também o exame clínico bucal para determinar as condições bucais e o uso e/ou necessidade de próteses dentárias. Foi empregado o índice CPO-D que mede a frequência da ocorrência da cárie dental. As variáveis sócio-demográficas receberam análises estatísticas descritivas. Para testar a confiança interna do questionário GOHAI foi aplicado o cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, cujo valor foi de 0,8213 entre os pacientes dentados e de 0,7258 entre os desdentados, verificando-se alta consistência interna. Os dados referentes às condições bucais dos pacientes e avaliação da satisfação receberam análises de testes não paramétricos com a finalidade de buscar relações entre as condições de saúde bucal, saúde bucal percebida, saúde geral e satisfação. Os resultados mostraram que a maioria dos idosos tinha entre 60 e 69 anos, eram casados, tinham baixo nível de escolaridade e baixa renda, mas respondiam pelo sustento da família. As doenças relatadas estavam relacionadas aos sistemas circulatório, osteomuscular e endócrino. As mulheres se descreveram como mais doentes do que os homens e avaliaram menos positivamente a saúde do que eles. O edentulismo correspondeu a 30,5% da amostra e entre os dentados observou-se uma média de 17 dentes perdidos, 6,6 de obturados e 3,6 de cariados. Não foram encontradas correlações estatisticamente significantes entre o índice CPO-D e satisfação referenciada a domínios. Os idosos desdentados relataram menos dor e desconforto do que os dentados. Foi encontrada correlação positiva entre o número de dentes perdidos e obturados e os escores de funcionalidade no GOHAI. Os sujeitos que relataram não ter problemas de saúde estavam mais satisfeitos com a própria saúde física e bucal e com a própria saúde bucal quando comparada com a de outras pessoas da mesma idade.

Palavras-chave: idosos, Gerontologia, Odontogeriatrics, Qualidade de vida, auto-avaliação da saúde, satisfação.

TORRES, S.V.S. (2003). *Geriatrics Patients: an exploratory study about oral health and quality of life*. Dissertation for Master degree in Gerontology by the Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas. FE/UNICAMP.

ABSTRACT

The current study had as objective to verify the oral health state and overall health conditions of actives and independent elders between 60 to 75 years old, as well as to assess perception and satisfaction with life related to oral health and overall physical health control. The sample was composed of sixty-one patients registered from April to December of 2002 in the dentistry service program of the Dentistry Clinic of the Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/Unicamp). The subjects were characterized according the socio-economic and demographic criteria as age, sex, marital status, educational degree and income. In addition to a socio-demographic questionnaire, two other research tools were used: daily activities scale and geriatric oral health evaluation questionnaire (GOHAI). Oral clinical exams were conducted to determine the oral conditions and the need for prosthetic dentistry. The DMFT index was used to measure the frequency of dental cavity. The socio-demographics variables received descriptive statistics analysis. The calculus of alpha coefficient from Cronbach was applied to test the confidence level of the GOHAI questionnaire. The results showed 0,8213 for patients with tooth and 0,7258 for toothless, demonstrating high confidence level. The data related to the oral conditions of the patients and the assessment of satisfaction were submitted to non-parametric tests analysis in order to identify relationship between the oral health conditions, oral health perceived and overall health satisfaction. The results showed that most of the elders were between 60 and 69 years old, were married, had a lower level of educational degree and low income, but they were responsible for the maintenance of their family. The illnesses mentioned by those patients were related to circulatory system, osteomuscular and endocrine. The women described themselves as having more health problems than men and evaluated their health as worse. The edentulism was 30,5% of the sample and for elders with tooth the average identified was 15 teeth lost, 6,6 filled and 3,6 with cavity. Significant statistics correlation between the DMFT index and satisfaction with health control was not identified. The toothless elders described less pain and discomfort compared with the elders with tooth. A positive correlation between the number of teeth lost and filled and the functionality score of GOHAI was found. The subjects that described not having health problems were more satisfied with their own physical and oral health and with their oral health when compared with other people in the same age.

Key words: elders, Gerontology, Geriatric Dentistry, Quality of Life, health assessment and satisfaction.

INTRODUÇÃO

Os seres humanos sofrem com problemas dentais desde os tempos mais longínquos. A busca por alívio para seus sofrimentos ocorria de diversas maneiras. Os primeiros a oferecerem alívios dentais foram os médicos, mas a partir da Idade Média, um outro grupo de profissionais europeus começou a se destacar no tratamento dentário. Essa prática era realizada pelos conhecidos “cirurgiões-barbeiros”, que aprendiam à custa de tentativas e erros e por meio de observação. No início do século XVI os europeus trouxeram para o Brasil este conhecimento, que se restringia, na maior parte das vezes, às extrações dentárias. Não havia qualquer cuidado com a higiene e tampouco seus instrumentos eram adequados para a prática da profissão. Normalmente, a prática era dolorosa, realizada em praças públicas, com técnicas e instrumentos rudimentares.

Além das extrações, os dentes que se encontravam com cárie eram obturados com diferentes tipos de materiais sem que houvesse a prévia remoção da área cariada. Tratamentos de canais não existiam e os dentes eram substituídos por próteses que utilizavam como materiais ossos animais e humanos, marfins e conchas marítimas. Essas próteses eram presas aos dentes remanescentes através de fios metálicos ou no caso de próteses totais, possuíam molas para uni-las. Àquela época, os médicos já alertavam para os riscos de hemorragias e de infecções a que as pessoas estavam expostas ao usar tais aparelhos primitivos e inadequados.

Com Pierre Fauchard, no século XVIII, por meio de seu inovador tratado *Le Chirurgien Dentiste*, foi que a odontologia estabeleceu-se como uma verdadeira profissão, intensificando o ritmo de seu aperfeiçoamento, baseando-se em princípios racionais e científicos. No Brasil, a primeira faculdade de Odontologia foi criada em 25 de outubro de 1884 no Rio de Janeiro compondo um curso dentro da Faculdade de Medicina do Império, juntamente com a Faculdade de Farmácia e de Obstetrícia e Ginecologia. De lá para cá, os conhecimentos foram se multiplicando e áreas específicas surgiram com a finalidade de proporcionar melhorias ao tratamento odontológico. Assistimos à

ascensão da Odontopediatria, disciplina responsável pelos cuidados à infância e adolescência. Programas de promoção de saúde foram dirigidos a estes segmentos da população, assim como uma produção científica considerável, a fim de conhecer e melhorar a realidade desses indivíduos em desenvolvimento (WALTER, FERELLE & ISSAO, 1996). Houve um decréscimo na prevalência da cárie dentária em função de uma maior conscientização a respeito da saúde bucal. Medidas preventivas, tais como a melhoria da higiene oral por meio de escovações orientadas, o uso do fio dental, a prescrição do flúor através de dentifrícios, soluções anti-sépticas, aplicações tópicas e consumo de água fluoretada foram as responsáveis pela preservação de um maior número de dentes presentes na cavidade oral. Com isso, aumentaram as chances de uma criança atingir a idade adulta com todos os seus dentes na boca e livres de doenças.

Movimento semelhante vem ocorrendo com a Odontogeriatrics. A preocupação com a saúde bucal de idosos remonta à década de 50 do século XX. As poucas pesquisas científicas da época buscavam a análise de pessoas residentes em asilos e instituições, onde a presença de desdentados totais (ausência de dentes nas arcadas superiores e inferiores) e o uso de próteses dentárias eram a característica predominante observada em países do primeiro mundo (BRUNETTI & MONTENEGRO, 2000). A partir da década de sessenta, daquele mesmo século, estudos realizados na Escandinávia comprovavam a eficiência das medidas preventivas em países em que elas eram adotadas, produzindo, assim, uma mudança gradual do estado bucal do idoso.

Nos Estados Unidos da América [EUA], o pioneirismo foi marcado por Saul Kamen na década de cinquenta, enquanto que na Austrália, outro estudioso, Ronald Ettinger, em 1969, iniciou sua carreira tendo como objeto de estudo os idosos. Ambos passaram a dedicar-se a uma linha de pesquisa consistente até os dias atuais, cuja divulgação se estende mundialmente (BRUNETTI & MONTENEGRO, 2000).

A Odontogeriatrics constou como disciplina curricular pela primeira vez na Universidade de Iowa, EUA, a partir dos anos 80. No Brasil, o trabalho pioneiro é da Universidade Estadual de Maringá, PR, embora existam centros e núcleos de estudos

em universidades do Sul, Sudeste e Nordeste do país. Em breve, a disciplina deverá ser incorporada aos currículos universitários pelo fato de ter sido reconhecida como uma especialidade da odontologia pelo Conselho Federal de Odontologia [CFO] desde o mês de setembro de 2001 (CFO, 2001).

O desenvolvimento da Odontogeriatrics é uma das conseqüências do processo de envelhecimento populacional, fenômeno que atualmente ocorre não só nos países desenvolvidos, como também nos países em desenvolvimento. São de grande relevância as contribuições da odontologia à melhora da qualidade de vida da população idosa, por meio de medidas de prevenção primária, secundária e terciária. A investigação epidemiológica sobre a saúde oral dos idosos é igualmente importante porque permite a tomada de decisões sobre políticas de saúde pública que venham a favorecer essa população e a diminuir os gastos sociais com os problemas de saúde derivados da deficiência em cuidados básicos com a saúde bucal. A pesquisa metodológica oferece importante contribuição no que tange à construção e à validação de instrumentos de medida de saúde oral objetiva e subjetiva. A pesquisa clínica oferece dados sobre a eficácia relativa de diferentes tipos de intervenção visando à melhoria de saúde bucal dos idosos.

Associada à pesquisa epidemiológica e clínica, a prática sistemática da Odontogeriatrics é importante recurso para a promoção da saúde bucal e da qualidade de vida global dos idosos brasileiros. Desta forma, considerar que a retenção dos elementos dentários implica em uma atenção específica aos cuidados bucais do idoso, reduzir a prevalência de edentulismo e a incidência de doenças como a cárie dentária e as periodontopatias é de suma importância para a saúde bucal e geral. Além disso, é notório que tais doenças bucais são influenciadas por variáveis sociais e econômicas e que somente podem ser compreendidas e explicadas quando os portadores dessas doenças são ouvidos e seus autodiagnósticos e opiniões são considerados (PINTO, 2002). Assim, propõe-se com o presente estudo estabelecer relações entre saúde bucal e saúde geral por meio de medidas objetivas que levem em consideração a avaliação subjetiva que o indivíduo faz sobre sua saúde. Espera-se, desta maneira, contribuir para ampliação dos

conhecimentos teóricos no campo gerontológico, de modo que, no futuro se possa desfrutar de um envelhecimento com melhor qualidade de vida.

REVISÃO DE LITERATURA

1. A importância de pesquisar o processo de envelhecimento

Estudos demográficos vêm demonstrando um aumento significativo na porcentagem de idosos na população em geral. O processo de transição epidemiológica decorre de uma gradual mudança nos níveis de mortalidade e fecundidade, onde a relação entre baixa fecundidade e baixa mortalidade faz com que ocorra o envelhecimento da população (KALACHE, VERAS & RAMOS, 1987).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde [OMS], existem, hoje no mundo, cerca de 580 milhões de pessoas com 65 anos ou mais, e estima-se que em 2025 essa população deverá atingir 1,2 bilhão. No Brasil, um estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], com pessoas de 60 anos ou mais, residentes em domicílios particulares permanentes nos anos de 1992 e 1999, mostrou que em 1992 o total desta população era de 11.430.905 pessoas, enquanto que em 1999 passou a ser de 14.501.869 pessoas. A projeção para o ano de 2025 deverá ser a de 32 milhões, o que representa, em termos absolutos, que o Brasil terá a sexta maior população de idosos do mundo (IBGE, 2000).

A principal preocupação está na constatação de que 76,6% de idosos estarão em países do terceiro mundo, nações com poucos recursos para investimento nas áreas de educação, saúde, saneamento e previdência, o que representa para as futuras gerações uma situação que poderá se tornar crítica se não for tratada com o cuidado e o respeito que merece.

Apesar disso, o envelhecimento de uma população é um anseio natural de qualquer sociedade. Entretanto, envelhecer não basta, é importante poder almejar uma melhoria na qualidade de vida daqueles que já envelheceram ou que estão inseridos no processo de envelhecer (KALACHE, VERAS & RAMOS, 1987). Por outro lado, as necessidades

de saúde dos idosos devem requerer uma atenção específica, de modo que seja possível evitar custos elevados ao Sistema de Saúde, além de promover a saúde, possibilitando-os a aquisição de um envelhecimento saudável, que preserve sua capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida.

Felizmente, a questão acerca do velho, da velhice e do envelhecimento vem ganhando notoriedade, o que já não é sem tempo, pois o *ageism*¹ traz consigo atitudes, práticas e crenças estereotipadas sobre o idoso, fazendo com que haja uma diminuição de oportunidades para que este possa obter uma vida satisfatória e, o que é pior, acaba por denegrir sua dignidade pessoal (NERI, 1991). É necessário que a sociedade e o próprio idoso entendam e compreendam que a velhice é uma etapa do ciclo de vida e como tal deve ser vivida como as demais.

2. Saúde bucal na velhice: dados brasileiros

A manutenção por toda a vida de uma dentição saudável e funcional, incluindo os aspectos sociais e benefícios biológicos, tais como a estética, o conforto, a habilidade para mastigar, sentir sabor e falar é considerado como um dos principais critérios utilizados para se identificar um idoso bem sucedido do ponto de vista odontológico, ou seja, sem patologias bucais. (ETTINGER, 1987; KIYAK & MULLIGAN, 1987; CORMACK, 1999). Entretanto, estudos epidemiológicos realizados no país vêm mostrando uma realidade diversa.

Em revisão bibliográfica, em que trata das questões epidemiológicas e demográficas dos idosos brasileiros, PUCCA JR (2000) aponta o edentulismo (ausência de dentes) como fator central da questão. Revela que a perda dos dentes com o avanço da idade é falsamente considerada como um processo natural tanto para a sociedade quanto para muitos profissionais, quando na verdade é fruto de medidas ineficientes (ou mesmo inexistentes) de atenção à saúde bucal em programas incrementais de saúde. Menciona

¹ Ageism é um neologismo criado por Butler, em 1969, com o significado de discriminação com base na idade; especialmente discriminação em relação a pessoas de meia-idade e idosos. (apud NERI, 1991).

dados do “Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal”, realizado em 1986, na zona urbana, no qual os indivíduos mais velhos analisados pertenciam à faixa dos 50 aos 59 anos. Nesse grupo foram encontradas taxas alarmantes indicativas de saúde bucal muito deficiente: 86% dos dentes tinham sido extraídos; havia 27 dentes cariados por pessoa; 3% dos dentes tinham extração indicada; 50% dos indivíduos eram desdentados e 72% usavam ou necessitavam de, pelo menos, uma prótese. Nessa população, entre os que ganhavam até dois salários mínimos mensais, apenas 24% disseram ter ido uma vez ao dentista antes do levantamento; já entre os que ganhavam cinco salários mínimos ou mais, 54% receberam tratamento odontológico no ano anterior.

Em um outro estudo, ROSA, CASTELLANOS e PINTO (1993), analisaram as condições de saúde bucal de 236 idosos com 60 anos ou mais, de níveis sócio-econômicos distintos, no município de São Paulo. Consideraram cinco problemas principais: cárie dental, doenças periodontais, necessidade e uso de próteses totais e parciais, lesões de mucosa e as necessidades de tratamento. Os indivíduos foram divididos em três grupos de acordo com sua capacidade funcional (independentes, parcialmente dependentes e totalmente dependentes). Os autores demonstraram que os idosos possuíam, em média, dois dentes sadios e um elevado número de extrações já realizadas. A situação mais desfavorável, entretanto, era do grupo sujeito à dependência total, que apresentava uma taxa de 84% de edentulismo. Entre os de baixa renda, a frequência de lesões periodontais e de problemas relacionados ao uso de próteses sem manutenção adequada era elevada.

PEREIRA, QUELUZ & MENEGHIM (1996) investigaram as condições periodontais de 104 idosos de 60 a 89 anos e que eram usuários de um Centro de Saúde na cidade de São Paulo. Os autores encontraram um alto número de edêntulos variando entre 45,6% a 84,5%, sendo que esta percentagem era maior entre os mais velhos. Além disso, muitos dos entrevistados não tinham conhecimento sobre a doença periodontal (43,3%) nem sobre a placa bacteriana (79,8%). Também observaram que 52% dos participantes freqüentaram o dentista nos últimos dois anos, o que aparentemente não refletia ganhos significantes na saúde bucal.

SALIBA, SALIBA, MARCELINO e MOIMAZ (1999) realizaram um inquérito visando conhecer as expectativas dos idosos em relação aos serviços odontológicos prestados na cidade de Araçatuba, SP. Noventa indivíduos, de três instituições do município, responderam questões de aspectos gerais e específicos sobre saúde bucal. Os resultados indicaram que: 62,2% não possuíam dentes; 90% visitaram o dentista quando necessário, sendo 88% há mais de dois anos e 53% porque tinham dor. A insatisfação com o seu estado bucal era próxima de 40% enquanto que 67% gostariam de receber tratamento odontológico. De acordo com os autores, este estudo mostrou a falta de conhecimento e motivação quanto às práticas preventivas.

A mesma autora selecionou 97 indivíduos com idades entre 42 e 102 anos, de ambos os sexos e pertencentes a três instituições de amparo ao idoso na cidade de Araçatuba com a finalidade de avaliar os índices CPO-D² (para medir a prevalência da cárie dentária), ICNTP³ (para avaliar os problemas periodontais) e o uso e a necessidade de próteses. Dos 97 idosos examinados, 51 eram do sexo masculino e 46 do feminino, sendo que 47,42% tinham entre 60 e 80 anos. A percentagem de desdentados totais foi de 69 % e 31% eram edêntulos parciais. Entre os parcialmente dentados, o índice CPO-D médio foi de 25, 10, significando que quase todos os dentes eram afetados pela cárie dental e necessitavam de tratamento. Quanto ao índice CNTP, 58% necessitavam de tratamento periodontal, como remoção de cálculo dentário e instrução de higiene. Já entre os desdentados totais, 48% faziam uso de pelo menos uma prótese total e 52% não usavam qualquer tipo de prótese (SALIBA, SALIBA, MARCELINO & MOIMAZ, 1999).

Em Piracicaba, SP, 160 idosos asilares foram estudados por JORGE JR (1996) para determinar a presença de fungos do gênero *Cândida* em suas bocas. O autor analisou a atenção odontológica recebida e os cuidados com a saúde bucal dessas pessoas. Dos 139 respondentes, 42,4% relataram escovar os dentes ou próteses regularmente, mas apenas 3,4% haviam recebido orientação profissional e 60,62% conseguiram lembrar a

² Índice CPO-D: média do número total de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados em um grupo de indivíduos.

³ Índice CNTP (Índice Comunitário de Necessidade de Tratamento Periodontal): fornece o número de indivíduos que necessitam ser tratados e o tipo de tratamento periodontal em uma comunidade.

data aproximada da última consulta. Além disso, a coleta de saliva de 121 idosos revelou que 67,8% possuíam *Cândida* - sendo as espécies mais encontradas *C. albicans* (48,8%) e *C. tropicalis* (11,6%) - e 34% apresentavam fluxo salivar abaixo de 0,21ml/min, sendo que 32% fizeram queixa de xerostomia. Entre os fatores mais relacionados com a presença de *candida* estavam o uso de prótese, mucosite causada por prótese, a língua fissurada, a despilação lingual localizada e o uso de antianginosos.

Trabalhando com 151 indivíduos de uma população geriátrica institucionalizada, com idades que variavam entre 53 e 94 anos, PEREIRA, SILVA e MENEHIM (1999), analisaram a prevalência da cárie dentária e o uso e a necessidade de próteses. A média de edentulismo encontrada foi de 80,2%, atingindo 85,6% entre os que tinham 75 anos ou mais. O percentual de idosos que necessitava de próteses foi de 78,2% para a faixa etária de 50-75 anos e 82,9% para os indivíduos acima de 75 anos.

Em pesquisa realizada no Rio de Janeiro, VERAS (1994, apud CHAIMOWICZ, 1997) verificou presença de problemas dentários em 63% dos idosos de uma amostra aleatória composta por 242 indivíduos de baixo poder aquisitivo, com 60 anos ou mais.

Cento e três idosos pertencentes ao Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal Fluminense, sendo 81 mulheres e 22 homens de mais de 60 anos, participaram de uma pesquisa quali-quantitativa realizada por SCELZA, RODRIGUES, SILVA, FARIA, CÂMARA e SCELZA NETO (2001) para verificar o uso de próteses totais e parciais e averiguar o índice CPO-D. Os autores constataram que o uso de próteses totais superiores e inferiores foi maior entre as mulheres com uma diferença significativa ($p=0,03$). Já quanto ao índice CPO-D, não houve diferenças significativas entre homens e mulheres quanto ao número de dentes cariados, perdidos e obturados.

No Rio Grande do Sul, 182 adultos acima de 55 anos foram pesquisados por FRARE, LIMAS, ALBARELLO, PEDOT e RÉGIO (1997). Esses indivíduos eram moradores da

periferia de Pelotas e não eram institucionalizados. A prevalência de edentados totais era da ordem de 64,6%, sendo que 73,4% utilizavam próteses dentárias. Destes, 51,7% faziam uso de prótese há mais de 20 anos. Já entre os dentados, 34% apresentavam alterações gengivais quanto à forma e cor, e a maioria dos participantes relatou escovar os dentes três ou mais vezes ao dia, algo dissonante com as condições bucais encontradas. Constatou-se também problemas periodontais graves, candidíase e hiperplasia de palato, e entre as doenças sistêmicas a prevalência foi maior para a hipertensão arterial, seguida das doenças cardíacas e do diabetes.

Ao mapear as condições da cavidade bucal relacionadas ao edentulismo e a cárie dentária, PADILHA (1997) investigou dois grupos de idosos: o primeiro advindo de um país desenvolvido, a Inglaterra, e o segundo, de um país em desenvolvimento, o Brasil. Um total de 189 idosos foi examinado, sendo 87 de um hospital geriátrico em Londres e 102 de uma instituição em Porto Alegre. A média de idade era de 73,6 anos para os brasileiros e 82 anos para os ingleses. Quanto ao edentulismo, a autora encontrou 66,7% de desdentados entre os ingleses contra 43,1% entre brasileiros e quanto à cárie, o quadro se invertia, tendo 39,9% dos dentes presentes cariados entre os brasileiros e 22,6% entre os ingleses. Outro dado relevante dizia respeito ao hábito de fumar: a percentagem de idosos brasileiros fumantes foi quase três vezes maior do que a dos idosos ingleses nas mesmas condições.

Os dados relatados sugerem que é importante desenvolver medidas educacionais e políticas que incentivem o autocuidado, bem como esclarecer a sociedade, os idosos e os profissionais de áreas clínicas, administrativas e políticas sobre os comportamentos de risco para a saúde bucal, tais como o tabagismo e o uso do álcool. Além disso, é relevante influenciar mudanças de atitudes quanto aos hábitos dietéticos, de higiene oral e incentivar visitas regulares ao dentista.

3. Saúde Bucal e Qualidade de vida na velhice.

Evidências antropológicas e arqueológicas sobre cárie dental mostram que ela ocorria com pouca frequência nos homens primitivos, mas estudos epidemiológicos e históricos demonstram ter ela feito parte de todas as idades do homem civilizado (GUEDES PINTO, 1990). Atribui-se essa ocorrência ao tipo de dieta consumida. Para o homem primitivo, a dieta consistia, geralmente, em alimentos crus, com uma grande quantidade de fibras, que muitas vezes continham terra e areia. Isto promovia atrito nas superfícies dentárias, resultando em achatamento das mesmas, reduzindo a probabilidade de cárie (DOUGLAS, 1998). Já a dieta moderna consiste em alimentos macios e refinados com tendência à aderência aos dentes, sendo, portanto, difíceis de serem removidos. Alimentos desta natureza possuem carboidratos em sua formulação, sendo estes reconhecidos como um dos principais substratos para a origem da cárie dental.

É importante salientar que a cárie dental é uma doença infecciosa, transmissível, com uma etiologia multifatorial. Além da dieta, outros componentes são essenciais ao aparecimento da cárie dentária: a presença de bactérias na cavidade oral e dentes susceptíveis. A interação entre estes fatores, causando condições de desequilíbrio, ocorre quando há aumento da presença de bactérias com potencial cariogênico, dentes anatomicamente susceptíveis e consumo frequente de sacarose (WAYNE, 1989).

Estudos paleontológicos feitos em homens pré-históricos registram o aparecimento de outra doença comum nos dias atuais. Trata-se da doença periodontal, que é a principal causa da perda de dentes em adultos (CARRANZA, 1983), levando à destruição dos tecidos que revestem e suportam o dente. A doença é resultante da ação de produtos tóxicos de bactérias patogênicas aderidas em grande quantidade à placa bacteriana somada a uma resposta inflamatória do organismo aos agentes agressores.

As perdas dentárias ocasionam desvios e inclinações dos dentes vizinhos e antagônicos e causam interferências no alinhamento das arcadas dentárias, levando a uma mastigação ineficiente dos alimentos. Neste caso, partículas maiores de alimentos são

deglutidas, e quando isto ocorre, o sistema digestório é prejudicado. Além da mastigação, a fonação e a estética ficam comprometidas, causando ao indivíduo idoso mudanças em seu comportamento social e estado psicológico (TORRES, 2002).

Nos idosos, a perda progressiva dos elementos dentais e o uso de próteses totais têm sido relacionados com a perda de apetite (CARLSSON, 1984). Indivíduos portadores de próteses totais tem somente um sexto da eficiência da mordida quando comparado àqueles com dentes naturais. Deste modo, os idosos que fazem uso de próteses totais tendem a selecionar sua alimentação, consumindo alimentos macios, pobres em fibras e com baixa densidade nutricional, porque são facilmente mastigáveis (GEISLER & BATES, 1984), o que pode comprometer sua saúde geral quando vinculada a condições sociais, culturais e econômicas desfavoráveis.

O uso de próteses antigas e mal adaptadas, bem como o hábito de fumar e o consumo de bebidas alcoólicas estão associados às alterações inflamatórias na mucosa da cavidade oral. Quando esses estímulos são contínuos, existe a probabilidade do aparecimento de lesões precursoras de câncer bucal. Nesse sentido, o Instituto Nacional do Câncer [INCA], órgão do Ministério da Saúde, recomenda o auto-exame periódico da cavidade oral, que consiste em identificar alterações de forma e cor na pele e na mucosa oral; áreas endurecidas ou dormentes; inchaços; antigas áreas que sofreram mudanças de tamanho e cor; feridas que não cicatrizam; presença de dentes fraturados, amolecidos ou cariados; dor ao abrir a boca ou ao engolir e nódulos no pescoço.

O câncer bucal representa 5% do total da incidência mundial, com as maiores taxas em países como a Austrália e o Canadá, principalmente em pacientes do sexo masculino, tabagistas e etilistas. Entre os brasileiros, a maior incidência é do câncer labial, devido à exposição solar em moradores de áreas rurais (INCA 2003).

Em relação às modificações corporais associadas ao envelhecimento, estudos demonstram que a necessidade de consumo de calorias diminui com a idade, pois se a ingestão ideal de energia é da ordem de 2700 calorias por dia aos trinta anos, diminui

linearmente para 2100 calorias por dia aos 80 anos de idade. Porém, pesquisas recentes mostram que a necessidade de uma ingestão diária de proteínas deve ser maior em idosos do que em adultos a fim de se evitar problemas nutricionais (CRUZ & MORIGUCHI, 2002). Alterações nutricionais em idosos são preocupantes e a questão da obesidade é considerada hoje como um problema epidêmico pela OMS. A “fome oculta”, condição na qual há falta de importantes elementos nutricionais, está relacionada ao aumento de peso e doenças crônicas degenerativas não transmissíveis, tais como hipertensão arterial, distúrbios cardiovasculares, além de certos tipos de câncer e anemias (CARVALHO, 2000).

Diversos estudos encontraram relações entre doenças sistêmicas e patologias da cavidade oral. Pesquisas recentes sugerem existir associação entre placa dental, má higiene oral e patologias pulmonares. A presença da placa dental em pacientes hospitalizados e institucionalizados pode servir de reservatório de agentes patogênicos infecciosos, contribuindo para as infecções do trato respiratório como a pneumonia e para a exacerbação de doenças pulmonares obstrutivas crônicas. Os agentes patogênicos envolvidos nesse processo são principalmente o *Staphylococcus aureus*, o *Pseudomonas aeruginosa* e *Klebsiella pneumoniae* para os casos de pneumonia e de bactérias como o *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Branhamella cattarahlis* nos casos de doenças pulmonares obstrutivas crônicas. Estes agentes patogênicos se desenvolvem na placa dental e são aspirados pelos pacientes, sendo levados para o trato respiratório e atingindo os pulmões (MOJON, 2002; TENG, TAYLOR, SCANNAPIECO, KINANE, CURTIS, BECK & KOGON 2002; SCANNAPIECO, WANG & SHIAU, 2001).

Entre os indivíduos acima de 65 anos, as doenças cardiovasculares estão entre as mais prevalentes, sendo responsáveis por 80% das mortes. A doença periodontal também está envolvida com aumento de riscos de enfermidades cardiovasculares. Por ser a doença periodontal uma patologia inflamatória crônica, os níveis de proteína C reativa, leucócitos e fibrinogênio no sangue se encontram aumentados e acabam por se depositar sobre vasos danificados, aumentando o risco de formação de ateromas e de

tromboses, levando a chances de aterosclerose, doenças coronarianas e acidentes vasculares encefálicos. Os agentes patogênicos presentes nestes casos são principalmente o *Streptococcus sanguis* e *Porphyromonas gingivalis* (CIANCIO & FARRELL, 2001; GARCIA, HENSHAW & KRALL, 2001; HERZBERG & MEYER, 1998).

Os diversos mecanismos envolvidos na resposta imunológica e inflamatória do organismo podem explicar a relação entre a doença periodontal e o diabetes. O diabetes mellitus, tanto do tipo I quanto do tipo II, é considerado fator de risco para a periodontite, principalmente quando a taxa de glicemia é mal controlada, aumentando o risco de infecções. O inverso também pode ocorrer quando as infecções causadas pela doença periodontal induzem ao processo inflamatório que leva à progressão do diabetes (MATHEWS, 2002).

A presença da doença periodontal em pacientes com diagnóstico de osteoporose pode acelerar a diminuição da densidade óssea alveolar. Além disso, o desequilíbrio hormonal que afeta as mulheres após a menopausa também intensifica a reabsorção do rebordo alveolar, responsável pelo alojamento do dente ao osso maxilar ou mandibular. A perda de osso alveolar, como consequência da osteoporose, produz uma série de alterações funcionais que repercutem no equilíbrio da cavidade oral. Neste sentido, tanto a reposição hormonal como a ingestão de cálcio na dieta acarretam melhorias à saúde destes pacientes (MÔNACO, 1999).

Ter conhecimento sobre as doenças que afetam a saúde é o primeiro passo para a busca de soluções e de alternativas para administrá-las, tanto no plano individual como no plano coletivo. Além disso, quando as necessidades básicas dos indivíduos são satisfeitas, eles se tornam mais motivados e adquirem de maneira espontânea ensinamentos educativos sobre saúde (PINTO, 2002).

A saúde bucal do idoso implica em uma atenção específica aos cuidados bucais, procurando-se reduzir a prevalência de edentulismo e a incidência de doenças como a

cárie dentária e as periodontopatias. As doenças bucais são influenciadas por variáveis sociais e econômicas que só podem ser explicadas e compreendidas quando os seus portadores são ouvidos e quando os seus autodiagnósticos e suas opiniões são levados em consideração (PINTO, 2002). De fato, a avaliação que cada indivíduo faz sobre o seu funcionamento em quaisquer domínios das competências comportamentais, levando em conta as condições ambientais disponíveis, define o conceito de qualidade de vida percebida, da qual a saúde percebida é um indicador (NERI, 2001). Indicadores subjetivos de saúde oral percebida incluem: capacidade de mastigação, sintomas de dor, impactos psicológicos e outros sintomas orais (LOCKER, 1998) e a habilidade para mastigar é motivo de satisfação entre idosos (TUOMINEN & TUOMINEN, 1998).

Em 1948, a OMS, em sua carta básica, formulou uma definição própria de saúde. Naquela época, a OMS fora criada em prol do desenvolvimento da condição de saúde da humanidade e, portanto, deveria ter muito clara a noção daquilo que seria seu objeto (CHAVES, 1986). O conceito de saúde dado pela OMS é, ainda hoje, clássico, e declara ser a saúde “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Para a OMS, a saúde deixou de enfatizar apenas um estado de inexistência de uma condição adversa, considerada como ausência de doença, ganhando uma aceitação universal por considerar o aspecto positivo, no qual é possível ter mais ou menos saúde sem estar doente.

Entretanto, essa definição é questionada atualmente, sendo considerada “irreal, ultrapassada e unilateral” (SEGRE & FERRAZ, 1997), uma vez que é um ideal difícil de ser alcançado. Os autores acreditam que o termo “bem-estar” não é fácil de ser caracterizado, porque esta avaliação deve ser feita pelo próprio indivíduo. A definição é considerada ultrapassada por diferenciar os níveis físico, mental e social. Entretanto, segundo as perspectivas da Psicologia da Saúde, não existe separação entre o somático e o psíquico, sendo que o nível social interage entre estes dois aspectos. Finalmente, a definição é considerada unilateral, já que a qualidade de vida é concebida como algo intrínseco ao sujeito, e ainda que não se deva rotulá-la como “boa” ou “má”, a presença de indicadores é necessária para que haja a elaboração de políticas públicas. E é

justamente por esse fato que HANLON (1955), citado por CHAVES (1986), já a julgava como sendo mais uma declaração de princípios do que uma definição.

O fato é que, se por um lado a definição de saúde nos permite graduar os diferentes estados de equilíbrio entre uma pessoa e o meio em que vive, por outro, o conceito de bem-estar está ligado à percepção que cada pessoa tem a respeito do funcionamento de seu próprio corpo, levando em consideração valores, crenças, experiências e o contexto no qual está inserida, e é isto que poderá dar sentido a sua própria definição de saúde e assim legitimá-la.

O modelo médico, no qual a saúde representa a ausência de doença, está sendo gradualmente substituído por uma perspectiva multidimensional, na qual o bem-estar funcional, social e psicológico do indivíduo é considerado de forma integrada aos processos patológicos e danos causados aos tecidos corporais. Atualmente, têm-se estudado os efeitos de condições adversas funcionais, sociais e psicológicas sobre a cavidade bucal. Tais efeitos levam em consideração as experiências e os comportamentos individuais em relação à doença e se referem a indicadores de saúde bucal subjetiva.

Aprofundando especificamente sobre a questão da qualidade de vida percebida, entende-se que a avaliação subjetiva de um indivíduo sobre o funcionamento de cada competência comportamental possui indicadores. Assim, sobre o domínio da saúde, a saúde percebida passa a ser um indicador importante quando se trata de abordar questões sobre dor e desconforto em doenças crônicas, assim como o relato de medicamentos utilizados e de doenças pregressas.

Nas últimas décadas do século XX, numerosas medidas de avaliação do estado de saúde bucal foram desenvolvidas e com elas surgiram diversos indicadores utilizados para determinar as dimensões psicossociais e comportamentais da saúde bucal, de forma que todas acabam por caracterizar o modelo contemporâneo para a compreensão do processo saúde/doença.

Segundo LOCKER e SLADE (1994) o impacto de uma doença grave sobre o bem-estar do indivíduo é influenciado por seus valores sociais e culturais, assim como por suas expectativas, preferências e por recursos materiais e psicológicos. WILSON e CLEARY (1995), propuseram um modelo de saúde no qual estão inseridas as duas dimensões da experiência humana (a doença e a saúde). Em um extremo se encontram as variáveis biológicas e no outro a qualidade de vida. Entre os dois extremos estão os sintomas, o estado funcional do indivíduo e as percepções de saúde, conforme ilustra a Figura 1.

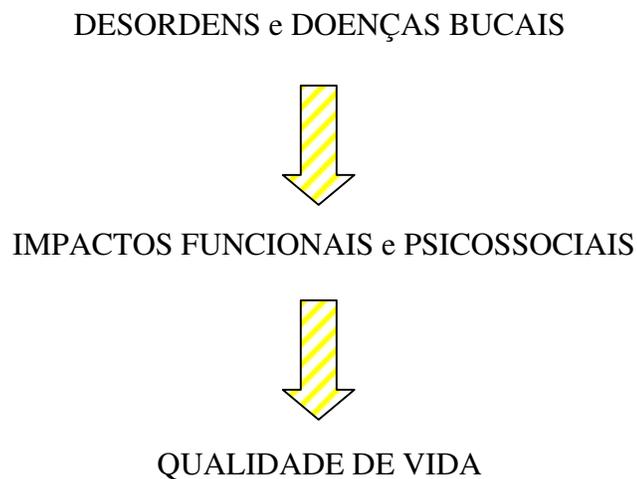


Figura 1. Modelo simplificado de desordens orais, saúde bucal e qualidade de vida.

Segundo CHAVES (1986), o conceito de saúde bucal é uma abstração útil, pois não se pode imaginar a boca isolada e independente dos diferentes órgãos e sistemas de um mesmo organismo; porém, pode-se considerá-la uma saúde parcial, e assim diferenciá-la das demais áreas que constituem as chamadas “Ciências da Saúde”, e com isso desenvolver programas de saúde bucal especializados para atuar de forma integral em Saúde Pública.

Ainda de acordo com DOLAN (1997), a saúde bucal é definida como sendo a ausência de dor e infecção, consistindo em uma dentição confortável e funcional, quer seja ela natural ou protética, e que permita ao indivíduo exercer seu papel social.

Desta maneira, a saúde bucal só tem sentido quando acompanhada da saúde geral de uma pessoa. Sabe-se que diversas doenças sistêmicas se refletem diretamente sobre a saúde bucal, afetando estruturas e componentes da cavidade oral. O inverso também se revela quando uma precária saúde bucal se torna um fator de risco à saúde geral. Exemplo disso são as bacteremias transitórias provocadas pela higiene oral inadequada e infecções periapicais ou periodontais, que colocam indivíduos susceptíveis em situação de risco para a ocorrência de endocardite bacteriana (ANDRADE, 1999).

Outro aspecto a ser salientado é que para se ter um grau razoável de saúde é preciso que o indivíduo se alimente de modo adequado, e para que haja aproveitamento de todos os nutrientes, o sujeito necessitará de um harmonioso aparato estomatognático⁴. Dessa maneira, as funções de mastigação, deglutição e digestão podem ser realizadas com sucesso. Além disso, a análise da dieta, o aconselhamento pessoal e o acompanhamento do indivíduo devem ser considerados como condições importantes para a melhoria da qualidade alimentar.

É nesse sentido que o conceito de qualidade de vida se torna eminente. Segundo a OMS, qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e de sistema de valores com os quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 2001). Entretanto, existe uma grande quantidade de definições para o termo, não havendo, pois, um consenso entre os pesquisadores.

Existe, no entanto, uma concordância partilhada por diversas correntes de opinião de que o construto qualidade de vida possui algumas características fundamentais, entre elas, a subjetividade, a multidimensionalidade e a bipolaridade (PASCHOAL, 2002). Tais características devem servir de guia para a elaboração de pesquisas sobre o tema. A subjetividade vincula-se à avaliação que o indivíduo faz a respeito de si mesmo associada a um dado objetivo, em que ao lado da avaliação objetiva encontra-se a sua

⁴ Aparato estomatognático é constituído por um sistema funcional composto pelos dentes, tecidos periodontais, mucosa oral, língua, glândulas salivares, ossos maxilar e mandibular, articulação temporomandibular e os sistemas neuromuscular e vascular.

própria percepção a respeito. A multidimensionalidade está ligada ao fato de que existem, pelo menos, três dimensões dentro de qualidade de vida a serem abordadas: a física, a psicológica e a social. Por fim, em relação à bipolaridade consideram-se os aspectos positivos e negativos que podem ser aplicados às diversas situações, desde condições de dor até desempenho de papéis sociais.

A definição de LAWTON (1983) para a qualidade de vida na velhice destaca a necessidade de uma avaliação multidimensional a respeito das relações entre os tempos passado, presente e futuro de um indivíduo com o seu ambiente, associada a critérios sócio-normativos e intrapessoais. Nesse modelo de qualidade de vida, Lawton parte do princípio de que cada aspecto da vida pode ser representado em quatro dimensões que podem ser avaliadas e medidas. Tais dimensões são: competência comportamental, qualidade de vida percebida, condições ambientais e bem-estar subjetivo, conforme ilustra a Figura 2.

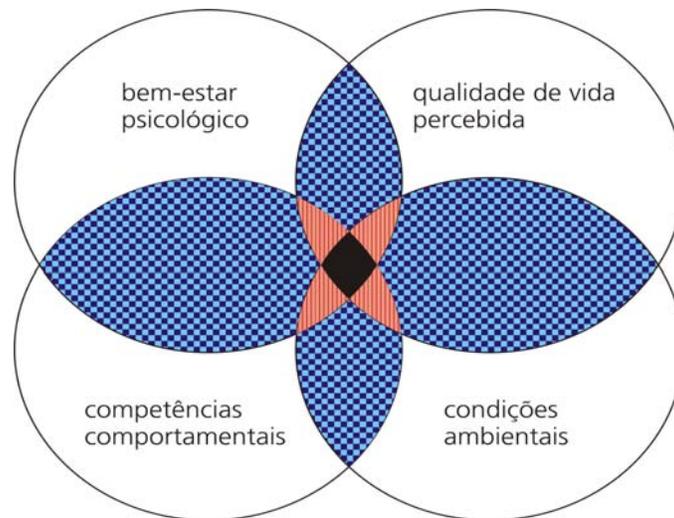


Figura 2. As quatro dimensões do modelo de qualidade de vida na velhice, segundo Lawton, 1983 (LAWTON, 1991).

A primeira dimensão, **competência comportamental**, representa a avaliação sócio-normativa de um indivíduo nos seguintes domínios: saúde, funcionalidade física, funcionalidade cognitiva, comportamento social e utilização do tempo. Esses domínios estão representados dentro de uma hierarquia, cuja complexidade parte do biológico para o social, envolvendo e interligando as preferências pessoais, os papéis sociais desempenhados e as contribuições ambientais que, por sua vez, contribuem para a avaliação da competência.

A **qualidade de vida percebida** representa uma avaliação subjetiva individual que faz com que cada pessoa possa ter idéia de seu funcionamento em qualquer domínio das competências comportamentais e possui indicadores tais como a saúde percebida; o relato de doenças, de medicações ingeridas, de dor e desconforto; a percepção de alterações cognitivas e o senso de auto-eficácia nos domínios físico e cognitivo (NERI, 2001). Por exemplo, o relato sobre dor de dente indica que o indivíduo possa estar com problemas dentários.

A dimensão das **condições ambientais**, segundo LAWTON (1991) está interligada à competência comportamental e qualidade de vida percebida. Refere-se ao ambiente ecológico e construído. Por exemplo, consumir água fluoretada é importante para a saúde bucal e é um aspecto objetivo do ambiente, que por sua vez é relevante para o domínio da saúde biológica dentro da dimensão da competência comportamental.

Por fim, a última dimensão do modelo de qualidade de vida na velhice é o **bem estar-subjetivo**, que retrata a avaliação pessoal a respeito da vida contemporânea em função dos demais domínios. Esta avaliação é dependente do *self*⁵ e de suas capacidades para interpretar os eventos passados, presentes e futuros. Possui indicadores cognitivos e emocionais, tais como a saúde mental, julgamentos sobre a satisfação com a vida e afetos positivos e negativos experienciados (LAWTON, 1991; NERI, 2001).

⁵ De acordo com Pervin, 1996, entende-se por *self* como sendo o conhecimento que o indivíduo possui de si mesmo. Possui um desenvolvimento gradual e dependente da interação entre o indivíduo e os outros e exerce funções reguladoras sobre a personalidade (NERI, 2001).

Tanto a satisfação com a vida como a percepção da própria saúde (saúde percebida) são avaliações subjetivas feitas pelo indivíduo e também são indicadores importantes do senso de bem-estar subjetivo. Como dependem da natureza estrutural do *self*, essas avaliações são feitas sob uma perspectiva temporal e comparativa.

De acordo com KIYAK e MULLIGAN (1987), a saúde bucal é percebida entre os idosos como menos importante que a saúde física geral. Assim, procurar desenvolver uma melhora na percepção da saúde bucal poderá refletir sobre outros aspectos da saúde, de modo que o indivíduo possa avaliar seu estado de saúde geral de uma maneira mais positiva e desenvolver melhor senso de auto-eficácia e aumento de auto-estima.

LOCKER (1988) desenvolveu um modelo de saúde bucal que consiste numa adaptação da Classificação de Comprometimentos, Incapacidades e Deficiências da OMS. Seleciona os impactos mais significativos e elimina as percepções negativas sobre patologias bucais que são pouco relevantes e que não ocasionam alterações no desempenho diário.

Neste modelo, **comprometimento** é definido como perda ou anormalidade anatômica, estrutural, funcional ou como distúrbios nos processos físicos ou psicológicos presentes ao nascimento ou causados por doenças ou agressão externa. Exemplos de indicadores de comprometimento são o edentulismo; o número de dentes funcionais remanescentes e o componente obturado do índice CPOD; as maloclusões e as doenças periodontais.

A **limitação física** é conceituada como sendo a restrição de função esperada, quer no âmbito do corpo, quer no âmbito dos órgãos e sistemas que o compõem. As medidas de limitação funcional em odontologia são menos comuns e como exemplo pode-se citar a avaliação da limitação da mobilidade da mandíbula utilizada para classificar a gravidade de disfunções temporomandibulares.

Por **desconforto** se entende a avaliação de restrições nas atividades e avaliações subjetivas de bem-estar. É a resposta à doença, exemplificada por auto-relato de dor e desconforto ou outros sintomas físicos e psicológicos.

A **incapacidade** é um conceito comportamental que é definido como qualquer limitação ou falta de capacidade para desempenhar atividades de vida diária. Inclui não somente a restrição de mobilidade, movimento corporal e autocuidado, mas também várias outras dimensões de bem-estar físico, psicológico e social.

Por fim, o modelo aborda o conceito de **deficiência** que vem a ser a desvantagem experimentada por indivíduos que apresentam comprometimentos e incapacidades e que não respondem às expectativas da sociedade ou de grupos sociais aos quais pertencem. A deficiência resulta das interações entre o indivíduo portador de comprometimento físico e seu ambiente físico e social, que idealmente deveria proporcionar os ajustes necessários ao funcionamento dessa pessoa com as condições que possui, mas que, ao não fazê-lo, limita as possibilidades de alguns de seus membros de funcionarem adequadamente. A desvantagem é, assim, multidimensional e pode envolver perda de oportunidade, privação material e social e insatisfação.

Na saúde bucal, este modelo pode ser ilustrado com o seguinte exemplo descrito por Smith e Sheiham (1979): os pacientes idosos que fazem uso de próteses mal adaptadas ou em mal estado de conservação tem edentulismo (comprometimento) como resultado de doenças como a cárie dentária e periodontites. Isto resulta em dificuldades na mastigação (limitação funcional), que por sua vez restringe sua capacidade de se alimentar (incapacidade), fazendo com que o indivíduo diminua o prazer de comer e se sinta desconfortável ou evite circunstâncias de contato social onde tenha que mastigar (deficiência) (LOCKER, 1988).

LOCKER e MILLER (1994) descrevem dois tipos de indicadores subjetivos de saúde bucal: o social e o individual. O primeiro refere-se ao impacto causado aos papéis sociais e ao tempo utilizado para o tratamento dentário em termos de perdas de dias de

trabalho. O segundo tipo de indicador subjetivo é relativo ao impacto que os distúrbios bucais exercem sobre diversos aspectos da vida de um indivíduo. Grande parte destas medidas foram desenvolvidas a partir de problemas bucais específicos.

A maioria das medidas correntes de qualidade de vida refletem características da doença que não são apreendidas por meio de medidas de avaliação clínica, justamente porque avaliam a doença e seu impacto sob a perspectiva do paciente. A odontologia tem procurado explorar esta questão com a aplicação de questionários que refletem as percepções dos pacientes em diferentes condições. Entre eles, pode-se citar:

- ❖ The Social Impact of Dental Disease (SIDD) ou Impactos Sociais das Doenças Dentais (CUSHING, SHEIHAM & MAIZELS, 1986);
- ❖ Index of Chewing Ability (ICA) ou Índice de Capacidade Mastigatória (LEAKE, 1990);
- ❖ The Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) ou Índice de Avaliação da Saúde Bucal Geriátrica (ATCHISON & DOLAN, 1990);
- ❖ Oral Health Impact Profile (OHIP) ou Perfil do Impacto de Saúde Bucal (SLADE & SPENCER, 1994);
- ❖ Subjective Oral Health Status Indicators (SOHSI) ou Indicadores Subjetivos do Estado de Saúde Bucal (LOCKER & MILLER, 1994);
- ❖ The Dental Impact on Daily Living (DIDL) ou Impactos Odontológicos na Vida Diária (LEÃO & SHEIHAM, 1996);
- ❖ Oral Health-Related Quality of Life Measure (OHQOL) ou Medida de Saúde Bucal relacionada à Qualidade de Vida (KRESSIN, 1997);
- ❖ The Dental Impact Profile (DIP) ou Perfil do Impacto Odontológico (STRAUSS, 1997);
- ❖ The Sickness Impact Profile (SIP) ou Perfil dos Impactos das Doenças (GILSON et al, 1975; REISINE, 1997);
- ❖ Oral Impacts on Daily Performances (OIDP), ou Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário (IODD) (ADULYANON & SHEIHAM, 1997);

- ❖ The Shortened Dental Arch (SDA) ou Arco Dentário Encurtado (ELIAS & SHEIHAM, 1998).

Dentre esses instrumentos, foi dada atenção especial ao Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), proposto por ATCHISON e DOLAN em 1990, por sua especificidade em avaliar as condições bucais de indivíduos idosos. Sua aplicabilidade permite que seja utilizado em estudos epidemiológicos ou mesmo na prática clínica diária. É composto de 12 questões distribuídas em três dimensões: física, psicológica e dor e desconforto. A dimensão física abrange perguntas que incluem informações sobre a alimentação, a fala e a deglutição. A psicológica compreende a preocupação ou o cuidado com a própria saúde bucal, a insatisfação com a aparência, a autoconsciência relativa à saúde bucal e o contato social. Dor e desconforto considera questões sobre o uso de medicamentos para alívio da dor provenientes da cavidade bucal. Originalmente, o instrumento foi elaborado contendo cinco alternativas de respostas (sempre, freqüentemente, às vezes, raramente e nunca), podendo também ser utilizadas apenas três: sempre, às vezes e nunca, cujos escores são 1, 2 e 3, respectivamente. O índice final é o resultado da soma entre os escores de cada pergunta e varia de 12 a 36, onde a maior pontuação significa uma melhor avaliação da própria saúde bucal.

Os dados apresentados sugerem que há estreita relação entre condições objetivas de saúde bucal e de saúde geral, e entre estas e a avaliação que o indivíduo faz de sua saúde geral e de sua saúde bucal, mediante critérios pessoais e sociais. Não apenas as condições objetivas, mas também as subjetivas são importantes determinantes da motivação dos indivíduos para o auto-cuidado, que pode incluir a procura do especialista para a avaliação e para tratamento, para a adesão ao tratamento e para a continuidade dos cuidados por longo prazo. A saúde geral e a saúde oral dos idosos são em grande parte fruto dos cuidados havidos em períodos anteriores da vida. Caracterizar a saúde oral objetiva e subjetiva desses indivíduos pode oferecer importante contribuição à compreensão dos mecanismos envolvidos no auto-cuidado e na adesão ao tratamento especializado, ajudando os profissionais a tomar decisões mais

apropriadas e favoráveis à saúde dos indivíduos e das populações idosas e sugerindo medidas preventivas de longo prazo.

Procurar relações entre saúde geral, saúde bucal, saúde percebida e satisfação em indivíduos idosos deverá fornecer informações e conhecimentos relevantes para que a sociedade, os idosos, os profissionais e os políticos possam assegurar, no futuro, melhores condições de tratamento oferecido a este grupo populacional e assim proporcionar um envelhecimento com melhor qualidade de vida.

OBJETIVOS

Tendo em vista os pressupostos descritos foi planejada uma pesquisa com os seguintes objetivos:

- 1) Identificar as características sócio-demográficas de pacientes idosos inscritos no programa de atendimento da Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/ UNICAMP);
- 2) Verificar as condições de saúde física geral e o estado de saúde bucal desses pacientes;
- 3) Identificar relações entre condições de saúde bucal objetiva e saúde bucal percebida;
- 4) Buscar relações entre a saúde bucal objetiva e a satisfação global com a vida referenciada a domínios;
- 5) Buscar relações entre a saúde bucal percebida e a satisfação global com a vida referenciada a domínios.

METODOLOGIA

A pesquisa consistiu num estudo exploratório descritivo envolvendo questões sobre a saúde bucal objetiva e subjetiva e a qualidade de vida em uma amostra de conveniência composta por pacientes idosos inscritos no programa de atendimento da Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, FOP/UNICAMP, no ano de 2002. Foi conduzida no Laboratório de Psicologia Aplicada (LPA) do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, no município de Piracicaba/SP, entre os meses de abril a dezembro de 2002.

1. Sujeitos

Fizeram parte deste estudo 61 idosos, sendo 29 homens e 32 mulheres, que tinham entre 60 a 75 anos, viviam na comunidade e eram funcionalmente independentes, isto é, que a despeito de apresentarem algumas doenças crônicas controladas por medicação e/ou algum declínio sensorial associado com a idade, viviam sem a necessidade de ajuda para o desempenho de atividades básicas de vida diária. Participavam do programa de atendimento da Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP.

O primeiro contato com os participantes da pesquisa se fez através dos alunos de 3º e 4º ano de Graduação da FOP/UNICAMP. Após a apresentação dos pesquisadores e da pesquisa, os alunos foram indagados se havia pacientes com mais de 65 anos⁶ que estavam sob os seus cuidados odontológicos e quando retornariam às consultas para que se pudesse falar com eles sobre a pesquisa e convidá-los a participar.

⁶ Nesta etapa inicial da pesquisa, a faixa etária seguida foi a sugerida pela OMS e FDI para idosos, que era de 65 a 74 anos. Posteriormente, alterou-se o critério para 60 a 75 anos, em vista do fato de que, com os critérios anteriores, não se atingiria um número suficiente de indivíduos para a realização do estudo.

A identificação e a seleção dos voluntários por meio de contato feito com os alunos não foi uma estratégia eficaz. Por isso, em seguida, foi realizado um rastreamento dos idosos em atendimento na Clínica Odontológica através do Centro de Processamento de Dados (CPD) da Instituição. Por meio de uma listagem dos idosos inscritos para o tratamento odontológico na FOP, com data de nascimento que compreendia os períodos entre janeiro de 1927 a dezembro de 1942, conseguiu-se o número de sujeitos necessário. A lista continha os seguintes dados: nome do aluno responsável pelo tratamento, nome do paciente, telefone para contato e para recado. Utilizou-se deste recurso em três momentos da pesquisa: no primeiro semestre de 2002, no início e no final do segundo semestre de 2002.

Com a relação dos indivíduos integrantes da Clínica Odontológica pode-se fazer um primeiro contato telefônico e agendar um dia para a realização da pesquisa que acontecia na sala do Laboratório de Psicologia Aplicada (LPA) do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Nessa conversa telefônica, o paciente era informado sobre quem éramos, do que se tratava a pesquisa, da importância de se participar de uma pesquisa e também de que a sua participação era voluntária. Somente aqueles que aceitavam participar voluntariamente eram agendados. No dia marcado, os participantes eram reunidos e mais uma vez lembrados da conversa mantida pelo telefone.

2. Cuidados éticos:

O presente estudo foi submetido a julgamento pelo Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas no mês de dezembro de 2001, tendo sido aprovado no mês de março de 2002 sob o protocolo de número 153/2001, conforme consta em certificado (**Anexo I, p.78**).

Todos os indivíduos idosos que aceitaram participar deste estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, específico para a pesquisa, elaborado em duas

vias (pesquisador e participante) estando de acordo com a Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, órgão que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos (**Anexo II, p.79 e 80**).

Os participantes foram informados quanto aos objetivos e aos procedimentos utilizados durante a pesquisa, bem como foi lhes dada garantia de sigilo, assegurando, desta maneira, sua privacidade em relação aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. A participação foi voluntária, tendo os sujeitos a liberdade de se recusarem a participar ou retirarem seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que houvesse qualquer tipo de penalização ou prejuízo em relação aos serviços prestados pela FOP/UNICAMP.

3. Instrumentos

Os instrumentos de coleta de dados foram compostos por três questionários e por uma ficha de registro do exame clínico oral.

O primeiro questionário solicitava os dados sócio-demográficos do idoso (idade, sexo, procedência, estado civil, escolaridade, renda, aplicação da renda, responsabilidade financeira e com quem mora) e de saúde física global, tais como: se o idoso possuía algum problema de saúde; se utilizava algum medicamento; como avaliava sua saúde; se fazia algum exercício físico e se fazia controle de peso. Este mesmo questionário incluía duas questões sobre a satisfação com a saúde bucal, solicitando que os sujeitos atribuíssem uma nota numa escala de 1 a 10, em que 1 era a pior satisfação e 10 a melhor, com relação à própria saúde bucal e em comparação com a saúde bucal de outras pessoas da mesma idade (**Anexo III**).

Para a avaliação subjetiva das condições de saúde bucal, foi utilizado um segundo questionário, o do GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index) proposto por ATCHISON e DOLAN em 1990. O questionário dispõe de 12 questões fechadas que abordam a avaliação das condições da saúde bucal de idosos, através da autopercepção

em três funções básicas: a física, que inclui a alimentação, a fala e a deglutição; a psicossocial, que inclui a preocupação e o interesse pela saúde bucal, bem como a insatisfação com a aparência, autoconsciência e distanciamento social em virtude de problemas bucais; e a dor e desconforto, que inclui a utilização de medicamentos para o alívio de dor e desconforto. O questionário apresenta para cada pergunta as alternativas “sempre”, “às vezes” e “nunca”, as quais recebem, respectivamente, valores 1, 2 e 3. A somatória dos escores das questões determina o índice de avaliação da saúde bucal. Esse escore total pode variar de 12 a 36, sendo que a maior pontuação significa uma melhor avaliação da própria saúde bucal (**Anexo IV**).

Com o intuito de verificarmos as atividades instrumentais dos idosos participantes utilizou-se um modelo simplificado do questionário proposto por LAWTON e BRODY, 1967 que contém 10 itens e avalia as atividades instrumentais de vida diária (**Anexo V**).

O exame clínico bucal foi sempre realizado depois da aplicação dos questionários, com o objetivo de avaliar as condições de saúde bucal. Em cada exame, utilizou-se um espelho bucal nº5, uma sonda exploratória e espátula de madeira. Todos os procedimentos referentes ao exame clínico seguiram as normas de biossegurança, a fim de se evitar infecções cruzadas. Para isso, fez-se uso de luvas descartáveis, máscaras, aventais, gorros e óculos de proteção, além de instrumentos esterilizados, sendo utilizados somente um jogo por paciente examinado. Os dados obtidos foram anotados em ficha clínica específica contendo o número de identificação do participante, a data do exame, o sexo e a idade como mostra o **Anexo VI**. As fichas clínicas continham as informações referentes ao índice CPO-D e ao uso e/ou necessidade de próteses. Para medir a frequência da ocorrência da cárie dental foi empregado o índice CPO, descrito por KLEIN e PALMER (1937), que fornece a média do número total de dentes permanentes cariados (C), perdidos (P), e obturados (O) em um grupo de indivíduos (**Anexo VII**). Em relação ao uso e/ou necessidade de prótese, as informações obtidas através do exame clínico foram anotadas de acordo com a presença ou ausência de próteses totais e parciais.

4. Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu nas dependências do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Piracicaba –FOP/UNICAMP, em Piracicaba, SP, entre os meses de abril e dezembro de 2002. A sala de seminários foi utilizada para aplicação dos três questionários e os idosos foram examinados no Laboratório de Psicologia Aplicada (LPA). LPA é composto por uma ante-sala, por uma sala para atendimento odontológico e por uma sala de observação (**Anexo VIII**).

À medida que as consultas eram agendadas, pequenos grupos de idosos se reuniam na sala de seminários para a aplicação dos questionários. A cada um dos grupos que se formaram segundo a seqüência de atendimento, a pesquisadora apresentou oralmente as instruções de preenchimento. Depois lia em voz alta e pausadamente cada um dos itens para os sujeitos, que podiam acompanhá-los num formulário impresso e solicitava que assinalassem suas respostas, uma a uma, no mesmo formulário. A partir de setembro de 2002, houve a participação de uma auxiliar de pesquisa treinada pela pesquisadora.

Os exames clínicos aconteceram na sala de atendimento onde há uma cadeira odontológica e uma pia com espelho, e também os materiais e instrumentais utilizados para a realização da consulta. A esterilização dos instrumentais aconteceu em outra sala destinada para este fim dentro do Departamento de Odontologia Social. Os exames clínicos foram realizados em um equipamento odontológico do LPA, com o auxílio de refletor de luz, espelho bucal número 5, sonda exploradora e espátula de madeira. Os períodos de atendimento variaram de acordo com a disponibilidade de uso da sala, acontecendo na maioria das vezes às quartas-feiras pela manhã.

5. Análise e tratamento estatístico dos dados

Para caracterizar a amostra foram utilizadas medidas de frequência e outras estatísticas descritivas (média, desvio-padrão, mediana e valores máximo e mínimo). Os dados referentes às condições bucais do paciente sofreram análises por testes não paramétricos. Cada uma das pontuações foi comparada com outras variáveis do

questionário GOHAI. Quando a variável foi medida em escala contínua (valores numéricos), foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. Quando a variável foi medida em escala categórica, foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney (comparando-se apenas duas categorias) ou o teste de Kruskal-Wallis (para três ou mais categorias). Para o cruzamento entre duas variáveis categóricas, foi utilizado o teste de associação Q^2 ou o teste exato de Fisher.

O instrumento GOHAI recebeu tratamento para testar a consistência interna das respostas, por meio do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach para o valor total e para cada um dos seus três domínios: o físico, o psicossocial e o de dor e desconforto dos pacientes dentados e desdentados. Valores de alfa acima de 0,80 indicam alta consistência interna e valores acima de 0,60 indicam consistência intermediária entre os itens.

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados na seguinte ordem: em primeiro lugar a caracterização dos sujeitos de acordo com os dados sócio-demográficos; em segundo as condições de saúde; em terceiro as condições de saúde bucal; em quarto o índice de avaliação de saúde bucal geriátrica (GOHAI). Em seguida, aparecerão dados sobre a relação entre saúde global conforme descrita pelos sujeitos e saúde bucal avaliada por parâmetros objetivos; sobre a relação entre problemas de saúde global e saúde bucal avaliada por parâmetros subjetivos; a relação entre saúde bucal avaliada por parâmetros objetivos e subjetivos. Depois virão: satisfação global com a vida de acordo com o gênero; satisfação em relação à saúde física e à saúde bucal avaliada por parâmetros subjetivos, relação entre o índice CPO-D e satisfação referenciada a domínios e, por último, a relação entre satisfação com saúde bucal julgada por parâmetros objetivos e subjetivos.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS SEGUNDO CRITÉRIOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Com relação à idade pôde-se constatar que 41% da amostra foi constituída por indivíduos entre 60 a 64 anos, 36% entre 65 e 69 anos e 23% entre 70 a 75 anos.

Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes era casada (59%), percentual que foi seguido pelo dos viúvos (23%), separados (9,8%) e solteiros (8,2%). Entre os casados, havia 22 homens e 14 mulheres, enquanto que entre os viúvos, a maior frequência encontrada foi de mulheres, havendo apenas um homem entre os 14 viúvos.

Quanto à renda, 41% recebiam o correspondente a dois salários mínimos e 29,5% ganhavam de dois a cinco salários por mês. Os que disseram não receber renda eram na maioria mulheres e não eram as responsáveis pelo sustento do domicílio. Apenas 4,9% da amostra recebiam acima de cinco salários mínimos.

Com relação à escolaridade, 34 idosos tiveram até quatro anos de estudo, 16 estudaram entre 5 e 8 anos, compreendendo 26,2% da amostra e 14,8% haviam tido mais de oito anos de vida escolar. Apenas dois idosos eram analfabetos, constituindo 3,3% da amostra.

Noventa por cento dos homens eram responsáveis pelo sustento familiar, enquanto que entre as mulheres essa porcentagem foi de 44%. Os rendimentos mensais eram aplicados principalmente em alimentação e em despesas médicas, e segundo um número menor de relatos, em vestuário, transporte, lazer e moradia.

Entre os homens, 45% moravam com os cônjuges e 38% com o cônjuge e filhos; entre as mulheres, 22% viviam sozinhas e 37,5% com filhos ou com irmãs.

Tabela 1. Distribuição de frequência dos dados sócio-demográficos dos pacientes idosos.

Variáveis	N	%	
Sexo	Masculino	29	47,50
	Feminino	32	52,50
Idade	60 - 64	25	41,00
	65 - 69	22	36,00
	70 - 75	14	23,00
Estado civil	Casado	36	59,00
	Viúvo	14	23,00
	Separado	06	9,80
	Solteiro	05	8,20
Rendimento	Até 2 sal-min*	25	41,00
	2 -5	18	29,50
	5 -10	03	4,90
	sem renda	15	24,60
Escolaridade	0	02	3,30
	1 - 4	34	55,70
	5 - 8	16	26,20
	> 8	09	14,80

* Valor de referência do salário mínimo vigente = R\$ 200,00 (duzentos reais)

As tabelas 2 e 3 ilustram a procedência desses idosos e a permanência na zona rural ou na zona urbana de acordo com a época de sua vida.

Tabela 2. Distribuição dos idosos de acordo com a procedência.

Procedência	N	%
Zona rural	38	62,3
Zona urbana	23	37,7
TOTAL	61	100 %

Conforme a tabela 2, observa-se que dentre os participantes que residem hoje na cidade, 62,3 % originam-se da zona rural.

Tabela 3. Distribuição dos idosos segundo a época da vida em que viveram na zona rural, de acordo com o gênero.

Época da vida	N (%)	Masc	Fem
Infância	18 (47,40 %)	09	09
Infância/Juvent	07 (18,40 %)	03	04
Infância/Juvent/Adulta	13 (34,20 %)	06	07
TOTAL	38 (100,00 %)	18	20

Verificando-se as condições bucais dos sujeitos que haviam vivido na zona rural antes de migrarem para a cidade, pôde-se constatar que 12 eram desdentados totais, representando 31,57% desta sub-amostra e 16 possuíam menos que 12 dentes presentes na cavidade bucal, correspondendo assim a 42,10%.

2. CONDIÇÕES DE SAÚDE GERAL

Quando perguntados se tinham problemas de saúde, 82% dos idosos responderam que sim e 18% que não. Comparando-se as respostas de homens e mulheres foi possível notar grande diferença entre os gêneros com relação a esta questão, diferença que pode ser apreciada na Figura 3 e que foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

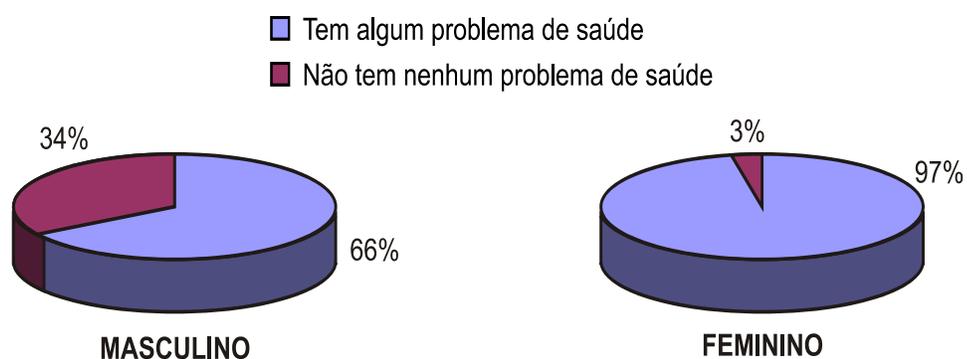


Figura 3. Respostas relacionadas à questão sobre problemas de saúde existentes, de acordo com o gênero.

As patologias relatadas pelos idosos foram categorizadas segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde, de acordo com os critérios da OMS (CID-10, 1998). Onze grupos de patologias configuraram os problemas de saúde relatados pelos idosos, como demonstra a Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição da frequência das doenças relatadas pelos idosos, de acordo com o CID-10 (respostas múltiplas).

Problemas de saúde	Frequência	Porcentual
Ap. Circulatório	34	69,40
Ap. Osteomuscular	16	32,70
Doenças Endócrinas	10	20,40
Doenças mentais	05	10,20
Ap. digestório	04	8,20
Olhos e anexos	03	6,10
Doenças do sistema nervoso	03	6,10
Ap. Genito-urinário	02	4,10
Ap. Respiratório	02	4,10
Ouvido	02	4,10
Pele e tecido conjuntivo	01	2,00

Os problemas de saúde mais frequentes entre os idosos que compuseram a amostra foram as doenças cardiovasculares, entre elas a hipertensão arterial e os problemas cardíacos com um total de 34 sujeitos, sendo 12 homens e 22 mulheres. A seguir, apareceram as doenças do sistema osteomuscular, como o reumatismo, a artrose, a artrite, a osteoporose e os problemas com a coluna vertebral com um total de 16 indivíduos, dos quais três eram homens. Em terceiro lugar apareceram as doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais como o diabetes mellitus, alterações dos níveis de colesterol e os problemas com a tireóide, com um total de 10 sujeitos, sendo três homens e sete mulheres. A seguir, vieram as doenças mentais e comportamentais como

a depressão, num total de cinco idosos, sendo quatro mulheres. Três homens e uma mulher relataram problemas do aparelho digestório. Houve ainda o relato de três indivíduos que referiram ter doenças dos olhos e anexos, tais como glaucoma e catarata, sendo dois homens e uma mulher; dois homens e uma mulher com problemas relacionados ao sistema nervoso como epilepsia e atrofia muscular progressiva e uma mulher relatou problemas com o nervo trigêmeo. Quanto aos problemas com o aparelho respiratório, duas mulheres apresentavam queixas; um homem e uma mulher apresentavam doenças do aparelho genito-urinário; foram registrados dois casos de labirintite entre as mulheres e uma mulher relatou ter problema com a pele e com o tecido subcutâneo, apresentando esclerodermia. A Figura 4 permite uma avaliação da situação descrita, comparando-se homens e mulheres.

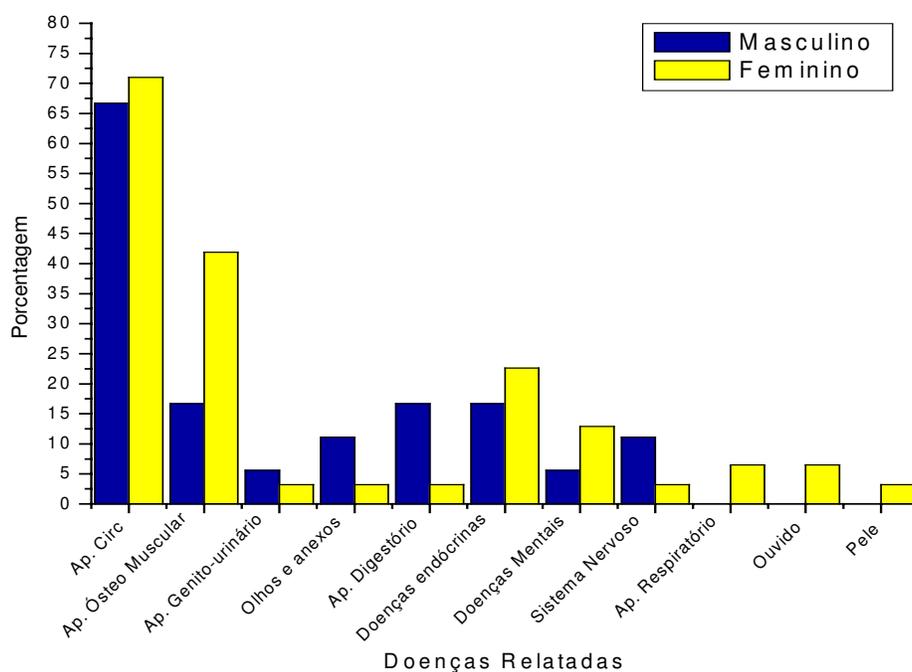


Figura 4. Distribuição das doenças relatadas pelos idosos de acordo com o gênero (Respostas Múltiplas).

De acordo com a Figura 4, nota-se que as mulheres relataram mais problemas com o aparelho circulatório, seguido pelo osteomuscular, doenças endócrinas e doenças

mentais. Os homens superaram as mulheres em relação às doenças que afetam o aparelho digestório, as doenças relacionadas aos olhos e anexos e as doenças do sistema nervoso e do aparelho genito-urinário.

Entre os idosos que relataram ter algum problema de saúde (n=50), 56% responderam a questão sobre o uso de medicamentos, inclusive citando o nome do medicamento utilizado. Vinte e dois idosos não se recordavam dos nomes das drogas que utilizavam, apesar de conhecerem suas patologias. Entre os 28 que responderam a questão sobre os medicamentos utilizados, seis faziam uso de um medicamento, quinze idosos de dois, seis de três e apenas um de sete tipos de medicamentos.

A terceira pergunta feita aos idosos abordava a questão sobre como eles avaliavam a própria saúde. Havia três alternativas possíveis: excelente, boa e regular. A Figura 5 mostra as respostas dadas a essa questão, segundo o gênero.

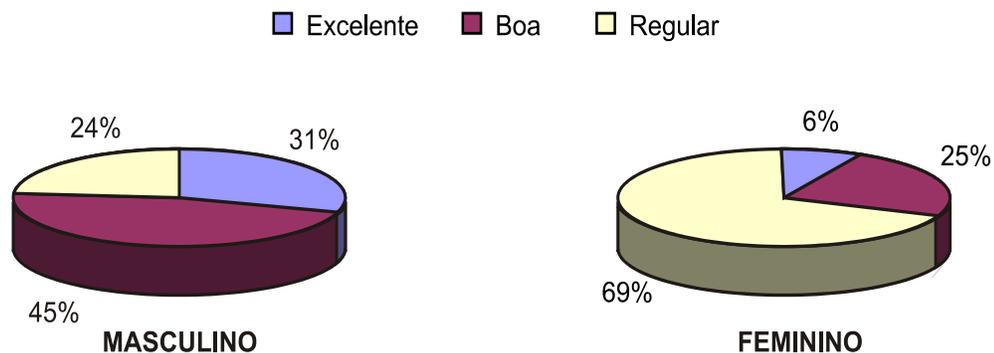


Figura 5. Respostas relacionadas à avaliação da própria saúde, de acordo com o gênero.

Observou-se que a auto-avaliação da saúde feita pelos homens foi mais positiva do que entre as mulheres, pois mais homens do que mulheres avaliaram a própria saúde como excelente e boa.

Em relação à prática de exercício físico, 55% dos idosos do sexo masculino disseram realizar tais exercícios, conforme mostra a Figura 6. Em relação às mulheres, 41%

relataram praticar exercícios físicos. Considerou-se nesta questão apenas aqueles idosos que utilizavam parte de seu tempo para a prática de exercícios físicos.

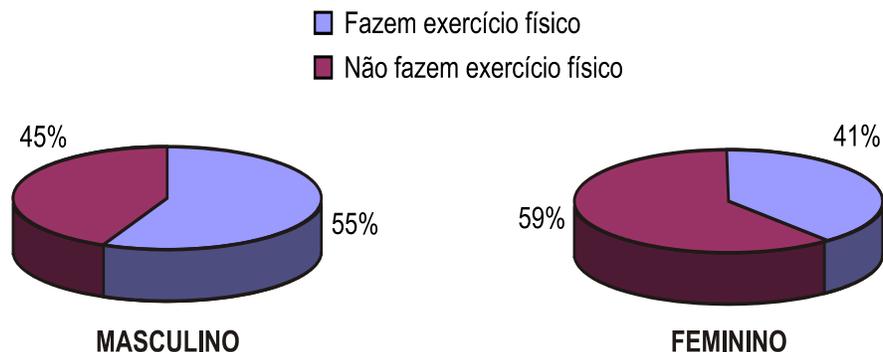


Figura 6. Respostas relacionadas à prática de exercícios físicos, segundo o gênero.

A Figura 7 ilustra que 52% dos homens relataram que controlam o peso. Entre as mulheres, 56% relataram que controlavam seu peso.

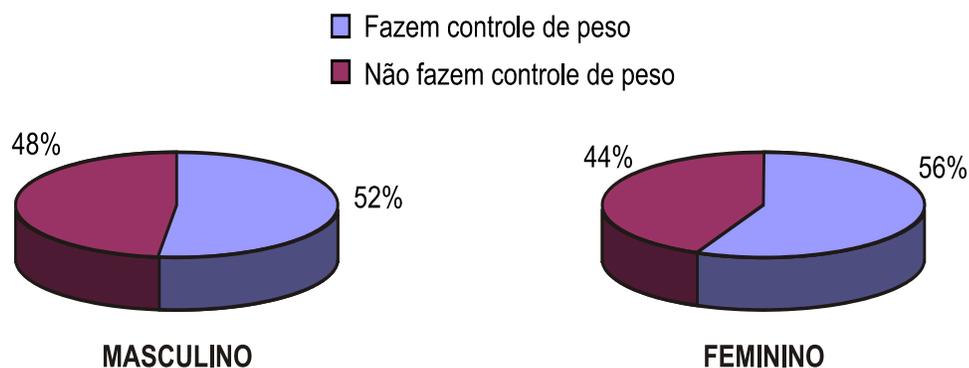


Figura 7. Respostas relacionadas ao controle de peso, segundo o gênero dos idosos.

3. CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL

Os dados do exame clínico, em que foram levantados os números de dentes cariados, perdidos e obturados e o uso e necessidade de próteses dos sujeitos examinados, foram tabulados e sofreram análises de correlação com os demais dados do estado de saúde.

As condições clínicas avaliadas se referem a 59 idosos sendo representadas pelas Tabelas de 5 a 9. Dentre esses 59 idosos, 41 eram dentados e 18 desdentados.

De acordo com a Tabela 5, verifica-se que os desdentados representam 30,5% da amostra estudada. Entre os dentados, 41,46% dos indivíduos possuíam entre 01 a 12 dentes, 31,71 % dos idosos tinham entre 13 a 20 dentes presentes e 26,83% de 21 a 32 dentes.

Tabela 5. Números de dentes presentes na cavidade oral da amostra.

Números de dentes	Sujeitos	Percentagem
0	18	30,50
01-12	17	28,82
13-20	13	22,03
21-32	11	18,65
TOTAL	59	100,00

Tabela 6. Distribuição das médias de dentes cariados, perdidos, obturados e com extração indicada e o índice CPO-D para os 41 idosos dentados.

Componentes do índice	Média	Percentagem
Cariados	3,675	13,30 %
Perdidos	17,275	62,47 %
Obturados	6,625	23,96 %
Extração indicada	0,075	0,27 %
CPO-D	27,650	100,00 %

A Tabela 6, mostra que foi encontrada uma média alta de dentes perdidos, seguida por obturados e cariados. A média de dentes com extração indicada foi pequena. O índice CPO-D foi de 27,65 - considerado alto.

Ainda sobre o índice CPO-D, ressalta-se que dos 38 sujeitos, provenientes de zona rural (conforme Tabela 2), 12 eram desdentados totais, representando 31,57% desta sub-

amostra e 66% do grupo de desdentados; 16 possuíam menos que 12 dentes presentes na cavidade bucal, correspondendo a 42,10%. É importante salientar que os componentes O e P do índice CPO-D representam a história odontológica passada de um indivíduo, enquanto que os componentes C e Ei (extração indicada) representam a história presente e indicam necessidades de tratamento.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre homens e mulheres quanto ao número de dentes cariados, perdidos e obturados, nem tampouco com relação às variáveis uso de prótese e necessidade de prótese. Igualmente, não ocorreram diferenças estatisticamente significativas quanto ao CPO-D dos sujeitos portadores e não portadores de problemas de saúde.

A Tabela 7 ilustra as condições protéticas e as necessidades do uso de próteses dentais em indivíduos dentados e desdentados da amostra. Entre os dentados 50% usam e necessitam trocar suas próteses, enquanto que 47,50% não usam e necessitam tratamento protético. Apenas 2,5 % dos idosos que usavam próteses não necessitavam trocá-las. Entre os desdentados, observou-se que 75% usavam e necessitavam de novas próteses, 18,75% usavam e não necessitavam substituí-las, enquanto que 6,25% não usavam próteses e necessitavam de uso. Não foi observado qualquer sujeito que usasse prótese e não necessitasse de tratamento protético, tanto entre os dentados como entre os desdentados.

Tabela 7. Distribuição de frequência das condições protéticas de idosos dentados e desdentados.

Condição protética	Dentados	Desdentados
Não usa e não necessita	-----	-----
Usa e não necessita	2,50 %	18,75 %
Usa e necessita	50,00 %	75,00 %
Não usa e necessita	47,50 %	6,25 %
TOTAL	100 %	100 %

A Tabela 8 ilustra a frequência e a porcentagem de idosos dentados e desdentados que faziam uso de prótese. Nota-se que 33,9% da amostra não utilizava qualquer tipo de prótese dental e que 23,7% usavam próteses totais superiores e inferiores, sendo assim desdentados totais. Os indivíduos que faziam uso de pelo menos um tipo de prótese total (superior ou inferior) representavam 16,9%, enquanto que aqueles que utilizavam prótese total e parcial eram 11,9%. Em relação ao uso de prótese parcial removível, 3,4% dos sujeitos possuíam próteses parciais em ambas as arcadas e 10,9% em pelo menos uma.

Tabela 8. Distribuição de frequência e porcentagem do uso de prótese, em idosos dentados e desdentados.

USO DE PRÓTESE	Frequência	Porcentagem
NÃO	20	33,90
TOT SUP E INF	14	23,70
TOT SUP OU INF	10	16,90
PAR SUP E INF	2	3,40
PAR SUP OU INF	6	10,20
PARC E TOTAL	7	11,90
TOT AL	59	100,00

Mediante a Tabela 9, pode-se avaliar a frequência e a porcentagem de indivíduos com necessidade de novas próteses entre os pacientes dentados e desdentados: 20,3% necessitavam usar próteses totais superiores e inferiores e 5,1% em pelo menos uma arcada. A maior parte dos idosos necessitava utilizar próteses parciais removíveis, representando 35,6% da amostra, enquanto que 11,9% deveriam usá-las em pelo menos uma arcada dentária. O uso conjunto da prótese total e parcial representou 20,3%. Apenas quatro idosos não precisavam trocar suas próteses.

Tabela 9. Distribuição da frequência das necessidades de uso de próteses dentárias entre pacientes dentados e desdentados.

NECESSIDADE DE PRÓTESE	Frequência	Porcentagem
NÃO	4	6,80
TOT SUP E INF	12	20,30
TOT SUP OU INF	3	5,10
PAR SUP E INF	21	35,60
PAR SUP OU INF	7	11,90
PARC E TOTAL	12	20,30
TOTAL	59	100,00

4. ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL GERIÁTRICA (GOHAI)

Antes de informar sobre os dados relativos ao GOHAI, é importante assinalar que foi feita uma avaliação da consistência interna dos itens da escala. Os valores dos coeficientes α de Cronbach obtidos foram de 0,8213 entre os dentados e de 0,7258 entre os desdentados, verificando-se, assim, alta consistência interna para o instrumento como um todo para ambos os grupos. O domínio físico apresentou consistência intermediária e o de dor/desconforto teve baixa consistência. No entanto, desconsiderando-se os itens 3 e 5 todos os domínios apresentaram consistência no mínimo intermediária, conforme a tabela 10, abaixo ilustrada.

Tabela 10. Coeficientes de consistência interna para o questionário GOHAI.

GOHAI	Dentados (N=41)			Desdentados (N=18)		
	Valor do α	Itens com < consistência	Valor do α após a retirada dos itens	Valor do α	Itens com < consistência	Valor do α após a retirada dos itens
Escore Total	0,8213	Q5	0,8624	0,7258	Q3 / Q5	0,7659/ 0,8105
Domínio Funcional	0,6616	Q3	0,7090	0,6563	Q3	0,8173
Domínio psicossocial	0,7796	Q7	0,8188	0,6966	Q6	0,8842
Domínio Dor/Desconforto	0,3490	Q5	0,8122	-0,2482	Q8	0,3333

Essas diferenças, encontradas nos valores dos coeficientes do α de Cronbach, podem ser explicadas pelo fato de que a terceira questão do questionário GOHAI tenha tido uma homogeneidade de respostas dadas pelos indivíduos, enquanto que a quinta questão parece ter sofrido problemas semânticos.

A Tabela 11 ilustra as freqüências encontradas quanto às respostas em cada item do instrumento para a auto-avaliação da saúde bucal de acordo com o domínio funcional, o psicossocial e o de dor e desconforto. Observa-se que as freqüências mais altas de respostas “sempre” ocorreram nos itens 3 e 7 e que “nunca” ocorreu mais nos itens 6, 11 e 4. Os itens com mais respostas sobre a intensidade “às vezes” tiveram freqüências semelhantes.

Tabela 11. Percentual de respostas para os itens do instrumento GOHAI na amostra total.

Alternativas de respostas Itens do GOHAI	Sempre	Às vezes	Nunca
1) Limita tipo e quantidade (F)	9,8	47,5	42,6
2) Dificuldade em morder (F)	19,7	44,3	36,1
3) Capaz de engolir (F)	82	14,8	3,3
4) Impediram de falar (F)	18	31,1	50,8
5) Comer sem desconforto (F)	37,7	42,6	19,7
6) Evitou contato social (P)	8,2	13,1	78,7
7) Contente com aparência (P)	59	18	23
8) Medicação para alívio de dor (D)	11,5	42,6	45,9
9) Aborreci/o/ Preocupação (P)	31,1	39,3	29,5
10) Nervoso c/ prob com dentes e próteses (P)	32,8	34,4	32,8
11) Desconforto ao comer diante das pessoas (D)	11,5	29,5	59
12) Sensibilidade ao frio, quente, doces (D)	13,1	42,6	44,3

(F) Domínio Funcional, (P) Domínio Psicossocial e (D) Domínio de dor e desconforto.

Um outro dado observado quanto aos valores médios do índice GOHAI encontrados entre os participantes, indicou que os resultados foram de 29,5 para os desdentados e de 27,24 para os dentados. Em relação aos domínios, os desdentados pontuaram mais alto

em dor e desconforto do que os dentados, tendo sido essa diferença estatisticamente significativa ($p=0,0376$), sugerindo menor percepção de dor e desconforto do que entre os dentados.

5. RELAÇÃO ENTRE SAÚDE GLOBAL INDICADA POR DOENÇAS RELATADAS E SAÚDE BUCAL AVALIADA POR PARÂMETROS OBJETIVOS

Entre os 41 idosos dentados, 33 disseram ter problemas com a saúde física, enquanto entre os 18 desdentados esse número foi igual a 15 sujeitos. As Figuras 8, 9 e 10 abaixo ilustradas, mostram as distribuições de frequências das doenças relatadas pelos idosos de acordo com as suas condições de saúde bucal.

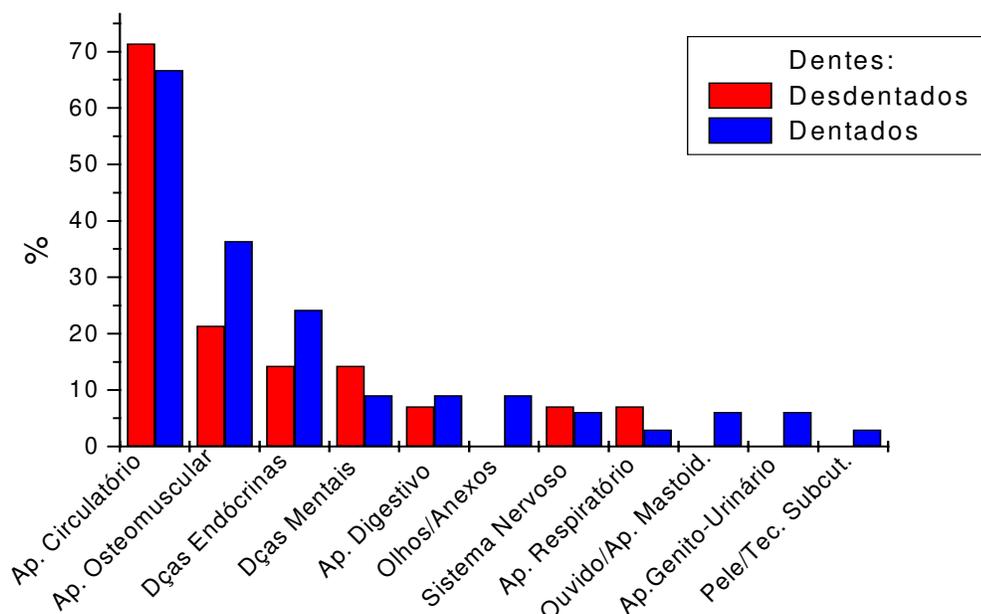


Figura 8. Distribuição da frequência dos problemas de saúde relatados entre dentados e desdentados (Respostas múltiplas).

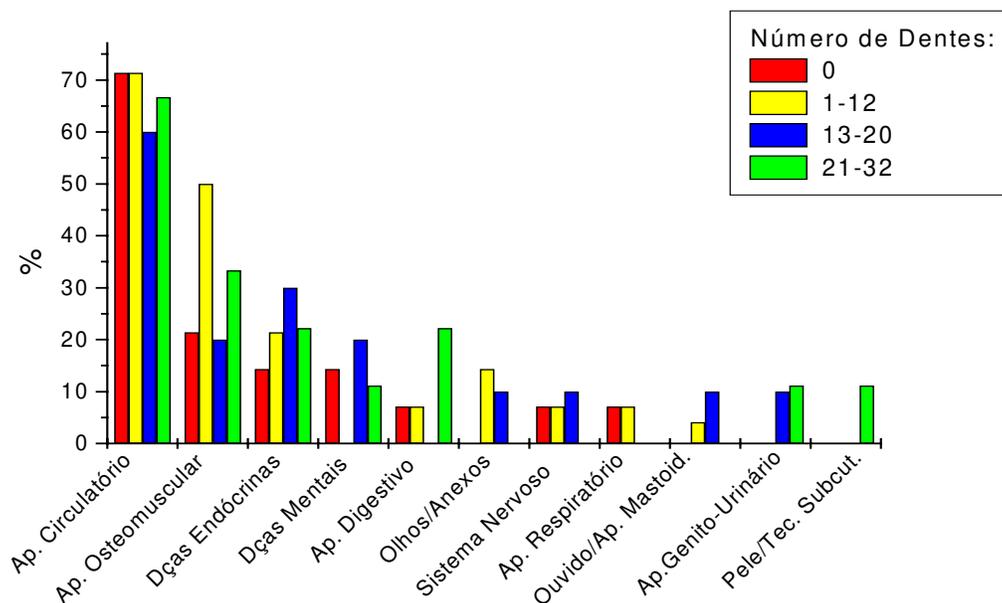


Figura 9. Distribuição da frequência dos problemas de saúde relatados, de acordo com o número de dentes presentes na cavidade oral (Respostas múltiplas).

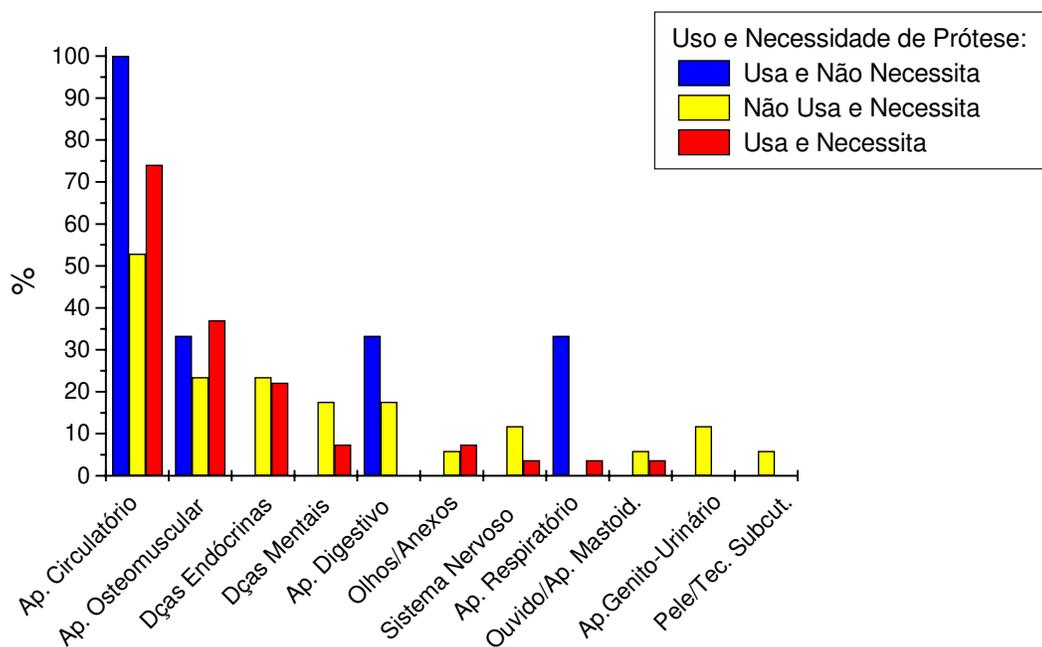


Figura 10. Distribuição da frequência dos problemas de saúde relatados, de acordo com o uso e a necessidade de próteses (Respostas múltiplas).

Verifica-se que as doenças com maior frequência entre os idosos foram aquelas relacionadas aos aparelhos circulatório, osteomuscular e endócrino.

6. RELAÇÃO ENTRE PROBLEMAS DE SAÚDE GLOBAL E SAÚDE BUCAL AVALIADA POR PARÂMETROS SUBJETIVOS

Entre os que disseram ter problemas de saúde, o valor médio do índice GOHAI foi de 27,67, enquanto que para os que disseram não ter problemas de saúde foi de 29,17. Porém, comparando-se os dados dos grupos que relataram ter e não ter problemas de saúde com os seus escores no GOHAI, verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa nem para o escore total e nem para os escores nos domínios de funcionalidade, dor e desconforto e psicossocial.

7. RELAÇÃO ENTRE SAÚDE BUCAL AVALIADA POR PARÂMETROS OBJETIVOS E SUBJETIVOS

Foi calculada a correlação entre os escores totais e por domínios no GOHAI e o índice CPO-D. Observaram-se correlações estatisticamente significantes entre os escores no domínio de funcionalidade e o número de dentes perdidos e obturados, e também entre os escores em dor e desconforto e o número de dentes presentes, conforme mostra a Tabela 12.

Tabela 12. P-valores para o GOHAI total e por domínios em relação ao CPO-D*.

CPO-D	GOHAI total	GOHAI funcional	GOHAI dor	GOHAI psicossocial
Cariados	0,5498	0,4853	0,8566	0,3490
Perdidos	0,1440	0,0115	0,6808	0,2605
Obturados	0,2471	0,0150	0,5001	0,5424
Número de dentes	0,7259	0,3048	0,00470	0,4102

* Correlação de Spearman

A seguir foi feito o teste de Kruskal-Wallis para comparar os escores médios no GOHAI dos grupos de sujeitos que usam prótese e não necessitam trocá-las, os que usam e necessitam de troca e os que não usam e necessitam trocá-las. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no domínio funcionalidade para o grupo que usa e está bem adaptado à prótese, em relação aos demais grupos ($p=0,0138$). Esse grupo pontuou mais alto do que os demais. A tabela 13 apresenta os valores das médias encontradas para os três grupos no GOHAI.

Tabela 13. Valores médios do GOHAI total e por domínios em relação ao uso e necessidade de prótese*.

USO e NECESSIDADE	GOHAI total	GOHAI funcional	GOHAI dor	GOHAI psicossocial
Usa, não necessita	33,00	11,75	7,75	13,50
Usa e necessita	27,37	9,14	6,97	11,26
Não usa e necessita	27,90	9,95	6,35	11,60

*Teste Kruskal-Wallis

8. SATISFAÇÃO GLOBAL COM A VIDA DE ACORDO COM O GÊNERO

Quando perguntados a respeito da satisfação global com a vida e sobre a avaliação da própria vida, comparada à de outras pessoas da mesma idade, dentro de uma escala de 1 a 10, os dados obtidos mostraram que as avaliações foram altas e positivas entre os homens do que entre as mulheres ($M= 8,76$ para os homens e $8,31$ para as mulheres). Entre os homens os valores mínimos foram mais elevados do que entre as mulheres, pois a menor nota que eles se atribuíram foi igual a cinco, ao passo que entre as mulheres o valor mínimo encontrado foi igual a dois, como ilustra a Tabela 14.

Tabela 14. Satisfação com a vida comparada a de outras pessoas da mesma idade

SEXO	N	Média	DP	Mediana
Masculino	29	8,76	1,57	9,0
Feminino	32	8,31	2,10	8,5

9. SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO À SAÚDE FÍSICA E À SAÚDE BUCAL AVALIADA POR PARÂMETROS SUBJETIVOS

A Tabela 15 apresenta os resultados de análise de regressão em que foram comparadas as variáveis satisfação com a saúde física e os escores no GOHAI. Quando se considerou saúde física, foi considerada também a avaliação que os sujeitos fizeram de sua saúde física comparada com a de outras pessoas da sua idade. O teste revelou que houve correlações estatisticamente significantes apenas entre as variáveis satisfação com a saúde física em comparação com os da mesma idade e os escores em funcionalidade no GOHAI.

Tabela 15. Coeficientes de correlação e equações de regressão para as comparações entre os escores em satisfação com a saúde física e a satisfação com a saúde física comparada com a de outras pessoas da mesma idade e os escores no GOHAI.

Satisfação	Gohai	Equação de Regressão	Coefficiente de Correlação*	p-valor
Saúde Física	Escore Total	$Gohai = 24,9 + 0,40 \times Satisf$	$r=0,1572$	$p=0,2264$
Saúde Física	Funcional	$Gohai = 7,78 + 0,24 \times Satisf$	$r=0,2415$	$p=0,0608$
Saúde Física	Dor	$Gohai = 7,22 - 0,05 \times Satisf$	$r=-0,0732$	$p=0,5752$
Saúde Física	Psicológico	$Gohai = 9,89 + 0,21 \times Satisf$	$r=0,1464$	$p=0,2604$
Saúde Física Mm Idade	Escore Total	$Gohai = 24,9 + 0,35 \times Satisf$	$r=0,1346$	$p=0,3009$
Saúde Física Mm Idade	Funcional	$Gohai = 7,06 + 0,30 \times Satisf$	$r=0,2941$	$p=0,0214$
Saúde Física Mm Idade	Dor	$Gohai = 6,86 - 0,01 \times Satisf$	$r=-0,0051$	$p=0,9692$
Saúde Física Mm Idade	Psicológico	$Gohai = 11,0 + 0,06 \times Satisf$	$r=0,0389$	$p=0,7660$

10. ÍNDICE CPO-D E SATISFAÇÃO REFERENCIADA A DOMÍNIOS

Quando foram comparados os grupos levando-se em consideração os escores médios que compuseram o índice CPO-D e a satisfação referenciada a domínios, não foram

encontradas correlações estatisticamente significantes em relação a nenhum dos pares de medidas avaliados.

Foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis para comparar os grupos segundo critérios de uso e necessidade de próteses, com relação à satisfação com a saúde bucal e com a saúde física. Os resultados mostraram que o grupo que usa prótese e não necessita trocá-la pontuou mais alto do que os outros dois, com relação à saúde bucal ($p=0,0306$). O mesmo grupo também pontuou mais alto do que os outros quanto à satisfação com a saúde bucal em comparação com os outros da mesma idade ($p=0,0454$). A Tabela 16 apresenta as médias desses grupos nas medidas de satisfação.

Tabela 16. Valores médios de satisfação referenciada a domínios em relação ao uso e necessidade de prótese.

USO e NECESSIDADE	Saúde Física	Saúde Bucal	Saúde Bucal Comparada	Vida comparada
Usa e não necessita	8,75	9,75	9,75	10,0
Usa e necessita	7,63	6,29	6,54	8,34
Não usa e necessita	7,45	6,25	7,2	8,4

A satisfação com a própria saúde bucal quando comparada com a saúde bucal de outras pessoas da mesma idade mostrou-se melhor do que a avaliação feita a respeito da própria saúde bucal, conforme mostra a Tabela 17, tanto para indivíduos dentados quanto para desdentados. Além disso, os desdentados avaliam de forma mais positiva a própria saúde bucal do que os dentados. No entanto, as diferenças entre os grupos não foram estatisticamente significantes.

Tabela 17. Satisfação com a saúde bucal e saúde bucal comparada para idosos dentados e desdentados*.

		N	Média	D P	Máxima	Mediana	Mínima
Saúde Bucal p=0,2437	Dentados	41	6,22	2,39	10	6,0	01
	Desdenta	18	7,17	3,05	10	8,5	02
Saúde Bucal Comparada p=0,7441	Dentados	41	7,00	2,32	10	7,0	01
	Desdenta	18	6,94	3,32	10	8,5	01

*Teste de Mann-Whitney.

11. RELAÇÃO ENTRE SATISFAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL JULGADA POR PARÂMETROS OBJETIVOS E SUBJETIVOS

A respeito das medidas subjetivas de saúde bucal, as Figura 11 e 12 apresentam as retas resultantes da aplicação do modelo de regressão aos escores de satisfação e aos escores totais e nos domínios do GOHAI. A Tabela 18 permite saber que as correlações foram estatisticamente significantes para todos os pares de medidas avaliados, com exceção do par satisfação com a própria saúde bucal quando comparada com a de pessoas da mesma idade e dor e desconforto.

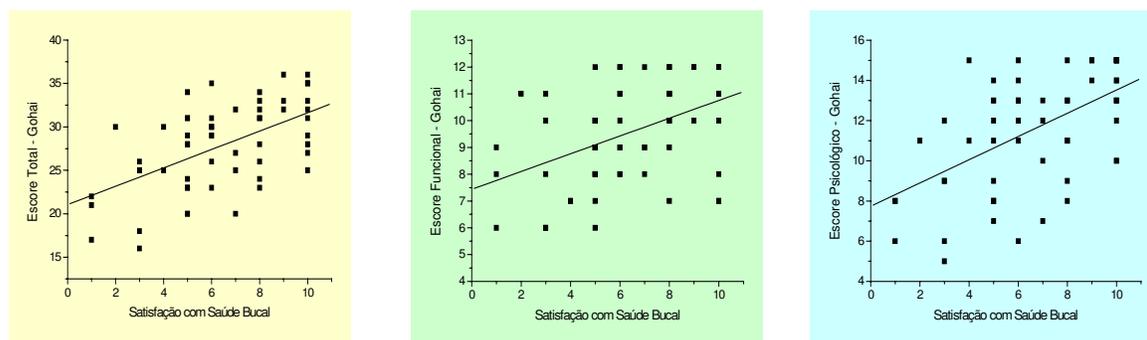


Figura 11. Correlações entre satisfação com a saúde bucal e os escores no GOHAI.

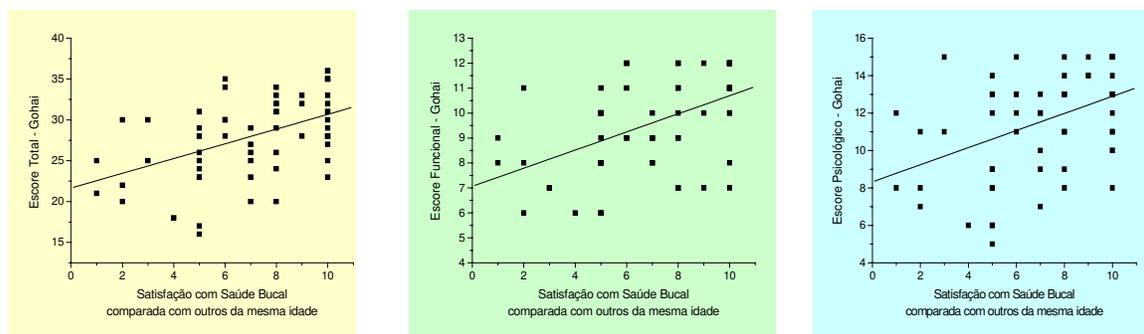


Figura 12. Correlações entre satisfação com a saúde bucal comparada com outras pessoas da mesma idade e os escores no GOHAI.

Tabela 18. Correlações e retas de regressão entre Satisfação e GOHAI.

Satisfação	Gohai	Equação de Regressão	Coefficiente de Correlação*	p-valor
Saúde Bucal	Escore Total	Gohai = 21,0 + 1,06 × Satisf	r=0,5655	<i>p=0,0001</i>
Saúde Bucal	Funcional	Gohai = 7,44 + 0,33 × Satisf	r=0,4580	<i>p=0,0002</i>
Saúde Bucal	Dor	Gohai = 5,86 + 0,15 × Satisf	r=0,2930	<i>p=0,0220</i>
Saúde Bucal	Psicológico	Gohai = 7,75 + 0,58 × Satisf	r=0,5410	<i>p=0,0001</i>
Saúde Bucal Mma Idade	Escore Total	Gohai = 21,7 + 0,90 × Satisf	r=0,4835	<i>p=0,0001</i>
Saúde Bucal Mma Idade	Funcional	Gohai = 7,07 + 0,36 × Satisf	r=0,5031	<i>p=0,0001</i>
Saúde Bucal Mma Idade	Dor	Gohai = 6,26 + 0,08 × Satisf	r=0,1616	p=0,2133
Saúde Bucal Mma Idade	Psicológico	Gohai = 8,33 + 0,46 × Satisf	r=0,4291	<i>p=0,0006</i>

* coeficiente de correlação de Pearson.

DISCUSSÃO

O crescente interesse pela saúde nos últimos 40 anos pode ser explicado pelo envolvimento dos governos em fornecer cuidados de saúde à população. Deles dependem a implementação de políticas públicas relacionadas à saúde bucal e geral e, assim, poder planejar e executar ações necessárias, de forma que o reconhecimento da Odontogeriatrics como especialidade abre caminhos para que atenção específica possa ser oferecida a um grupo populacional que vem sofrendo com a falta de acesso a serviços de assistência odontológica.

A busca pelo reconhecimento desta parcela da população e do conhecimento de suas reais condições de saúde foi o que norteou a realização desta pesquisa. O estudo foi constituído por uma amostra de conveniência com uma distribuição estatisticamente equivalente entre os sexos, sendo 52,5% de mulheres e 47,5% de homens. A grande maioria dos idosos era casada 59%, seguida pelos viúvos 23% com um número maior de mulheres. Estes achados foram semelhantes ao encontrado no trabalho de OLIVEIRA, RIBEIRO, BONACHELLA e CAPELLOZA (2002).

A média de idade encontrada entre os idosos foi de 66 anos, sendo que havia 41% dos idosos entre 60 e 64 anos, 36% entre 65 e 69 anos e 23% entre 70 e 75 anos. Quanto ao rendimento, a percentagem encontrada foi de 70,5% para um ganho de até cinco salários mínimos, sendo que 41% recebiam até dois salários, enquanto que 29,5% ganhavam entre dois e cinco salários mínimos. Entre os idosos que não recebiam renda (24,6%), a maioria era constituída por mulheres, cujo sustento financeiro não dependia delas. De acordo com CAMARANO (2002), é importante estar atento a esta variável para se avaliar o grau de dependência dos idosos, pois a aposentadoria desempenha um importante papel na renda destes indivíduos, especialmente entre as mulheres.

Em relação ao nível educacional, 55,7% dos sujeitos possuíam até o quarto ano do ensino fundamental, enquanto 26,2% estudaram entre 4 e 8 anos e 14,8 % freqüentaram a escola por mais de 8 anos. A porcentagem de analfabetos foi de 3,3%.

Um dado obtido neste estudo, diz respeito à origem da amostra da população. Pode-se observar que entre os 61 indivíduos que compuseram a amostra e que residem hoje na cidade, 62,3% eram oriundos da zona rural, enquanto 37,7% vinham da zona urbana. Destes 62,3% originários da zona rural, 47,4% correspondem àqueles que viveram o período da infância, 34,2% correspondem ao período da infância, juventude e vida adulta e 18,40% viveram sua infância e juventude em áreas rurais. Este fato parece importante para se inferir se as condições bucais atuais podem estar relacionadas às condições de cuidados de saúde existentes naquela época e local.

A avaliação das condições de saúde feitas pela amostra de estudo mostrou que 66% dos homens e 97% das mulheres responderam possuir problemas com a saúde. A diferença significativa entre os sexos está em uma maior freqüência de problemas de saúde relatados pelas mulheres. Este achado vai de encontro àqueles vistos na literatura nacional e internacional. DE VITTA (2001), em um estudo comparativo entre homens e mulheres adultos e idosos, sedentários e ativos, encontrou que entre as mulheres idosas o relato de doenças ocorreu em maior proporção do que entre os homens.

Entre os problemas de saúde apresentados, 69,4% das respostas múltiplas foram relativas ao aparelho circulatório, 32,7% correspondem ao aparelho osteomuscular, 20,4% referem-se às doenças endócrinas, como o diabetes, níveis elevados do colesterol e distúrbios da glândula tireóide. De acordo com a variável gênero foi encontrada uma maior prevalência de doenças cardiovasculares e osteomusculares entre as mulheres.

Vale lembrar que estas patologias estão entre as doenças crônicas não transmissíveis e que, portanto são doenças que exigem controle periódico a fim de se evitar complicações e restrições à autonomia e independência dos indivíduos por elas acometidos. Em contrapartida, quando diagnosticadas precocemente são passíveis de

tratamento adequado, permitindo ao indivíduo um aumento em sua expectativa de vida e uma melhor qualidade de vida.

De acordo com RAMOS (2002), as doenças cardiovasculares refletem as mudanças ocorridas nos hábitos alimentares, bem como pela ação de estresse e da poluição ambiental vivenciada no processo de urbanização. Do ponto de vista odontológico, estas patologias solicitam que o profissional preste atenção a suas intervenções, pois tais enfermidades exigem cuidados especiais, uma vez que os pacientes podem estar sob risco de desenvolver endocardites bacterianas. É necessário também ser cuidadoso na administração de drogas anestésicas e prescrição de medicamentos endovenosos. Além da endocardite bacteriana, alguns estudos têm demonstrado a relação existente entre doenças cardiovasculares e doença periodontal (CIANCIO & FARRELL, 2001; GARCIA, HENSHAW & KRALL, 2001; HERZBERG & MEYER, 1998).

As doenças do sistema osteomuscular representam 32,7% das respostas múltiplas. Dezesesseis sujeitos (32%), dos quais três são homens e 13 mulheres se queixaram de patologias como o reumatismo, a artrose, a artrite, a osteoporose e os problemas de coluna. Como conseqüências destas patologias é possível ocorrer a reabsorção do rebordo alveolar, especialmente entre as mulheres devido ao desequilíbrio hormonal após a menopausa. Segundo MÔNACO (1999), fatores como uma ingestão deficiente de cálcio, baixa relação cálcio-fósforo da dieta e a deficiência de vitamina D têm sido relacionados à reabsorção óssea alveolar grave por muitos pesquisadores. Também em virtude de um número maior de medicamentos utilizados por estes pacientes, tais como analgésicos e antiinflamatórios, PAUNOVICH e SADOWSKY (1997), alertaram sobre as conseqüências para a saúde bucal como a xerostomia, ulcerações e estomatites associadas a hemorragias gastrointestinais. Além disso, estes pacientes podem apresentar uma limitação funcional, o que dificulta a destreza manual exigida para desempenhar a higiene oral de modo eficiente, necessitando assim de medidas reabilitadoras.

Entre as doenças endócrinas, a percentagem encontrada foi de 20,4%, sendo que as queixas apresentadas se referiam ao diabetes, as taxas de colesterol elevadas e aos distúrbios da glândula tireóide. Para a clínica odontológica, deve-se estar atento aos pacientes diabéticos, pois de acordo com NASRI (2002), a prevalência da doença entre os brasileiros com 60 a 69 anos é de 17,4%. É preciso incentivar as mudanças de hábitos alimentares em virtude da redução dos níveis de glicemia, evitando-se riscos a inflamações e infecções e futuras complicações. Os cuidados odontológicos estão ligados a prevenção da ocorrência de candidíase, xerostomia, cáries e doenças periodontais e de lesões de mucosa oral.

Com relação à pergunta sobre o uso de medicamentos, apenas 56% dos cinquenta idosos que responderam possuir algum tipo de problema de saúde, souberam responder a questão sobre o consumo de fármacos, inclusive citando o nome da medicação utilizada. Vale a pena salientar que 22 respondentes não se recordavam do nome da droga, apesar de conhecerem suas patologias. Este fato sugere que não necessariamente os sujeitos tenham algum problema de memória, mas talvez pela variabilidade encontrada nos nomes dos medicamentos e também pelo nível de escolaridade da amostra. Constatou-se, ainda, que entre os 28 sujeitos restantes, seis faziam uso de um medicamento, quinze de dois, seis de três e apenas um de sete tipos de medicamentos.

Para a avaliação da saúde, havia três alternativas possíveis de respostas: excelente, boa e regular. Pode-se constatar que entre as mulheres, 69% consideram a própria saúde como sendo regular e entre os homens esta percentagem foi de 24%. Grande parte deles (76%), avalia a própria saúde como sendo excelente e boa.

Sobre a pergunta relacionada à prática de exercícios físicos, encontrou-se que 52% dos idosos não utilizam parte de seu tempo para se exercitar. Entre aqueles que se exercitavam, 55% eram homens e 41% eram mulheres. Pode-se supor que a alta porcentagem de idosos que tem como hábito o exercício físico, seja devido a dois motivos. O primeiro, pelo fato de Piracicaba ser uma cidade com muitas áreas verdes, como parques e bosques; o segundo por possuir um grande número de centros de lazer e

grupos de convivência de idosos que incentivem a atividade física. De acordo com o censo de 2000, Piracicaba possui uma população de 32.222 habitantes com mais de 60 anos de idade (IBGE, 2000), o que representa 9,79% do total de residentes no município (IBGE, 2000).

Com relação ao controle de peso, 54% dos idosos disseram controlar o peso. As mulheres um pouco mais que os homens, tendo 56% de respostas afirmativas. Tal fato parece decorrer das orientações médicas recebidas para o controle de doenças crônicas, porém, estudos futuros podem contribuir para que esta hipótese seja confirmada.

Para a saúde bucal foram realizados os exames clínicos em 59 idosos, pois dois deles não compareceram na data marcada para a consulta clínica. Destes 59 sujeitos, 41 eram dentados e 18 desdentados, representando respectivamente, 69,5% e 30,5% da amostra estudada.

Entre os dentados, constatou-se que o índice CPO-D foi elevado, com valor igual a 27,65, sendo que a maior porcentagem encontrada entre os seus componentes foi de 62,47% para o número de dentes perdidos, seguido de 23,96% de obturados e 13,3% de cariados. O Levantamento Epidemiológico Brasileiro, ocorrido em 1986, revelou que os brasileiros com idades entre 35 e 44 anos apresentaram um CPO igual a 22,5 enquanto àqueles com idades entre 50 e 59 anos, esse índice foi de 27,2. Estes dados implicam em ter um número menor de dentes saudáveis na cavidade bucal à medida que a idade avança, de forma que apenas cerca 30% e 15% dos dentes sadios estavam presentes entre os 35 e 44 anos e entre 50 e 59 anos, respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988). Segundo PINTO (2002), o fato de a cárie dental apresentar um CPO com diferentes níveis ao longo da vida, leva a um caráter cumulativo, o que implica em encontrar níveis mais altos desse índice em idades avançadas. Como consequência deve-se considerar que essa perda de higiene dental precoce em uma população adulta leva a piores condições bucais na velhice e que se deve procurar melhorar as condições de saúde bucal em adultos como forma de prevenir problemas futuros.

Por outro lado, THYLSTRUP e FEJERSKOV (1988) referem que o índice CPO é apenas uma medida de sintomas, de modo a caracterizar os dentes ou superfícies que se apresentam cariadas, perdidas ou obturadas, não revelando o caráter dinâmico da doença. E também que o papel predominante do sintoma reflete a maneira de descrever o padrão da doença.

O mesmo autor revela que, em populações que recebem cuidados odontológicos regulares, o componente O compõe a maior parte do índice CPO, enquanto que em populações onde a relação dentista-população é baixa o componente C pode ser responsável pela maior fração, o que indica um maior nível de necessidades de tratamento não satisfeitas (THYLSTRUP & FEJERSKOV, 1988).

Analisando cada componente do índice CPO-D é importante salientar que os componentes O e P do índice CPO-D representam a história odontológica passada de um indivíduo, enquanto os componentes C e Ei (com extração indicada) representam a história presente e correspondem às necessidades de tratamento. Desta forma, deve-se concordar com PUCCA JR (2000) e SILVA (1999) de que o tratamento odontológico recebido por estes indivíduos, em qualquer fase de suas vidas, foi inadequado ou não nem mesmo chegou a existir. Por outro lado, deve-se levar em consideração a reflexão feita por THYLSTRUP e FEJERSKOV (1988) de que a prática da extração dentária se deu em virtude do crescente aumento na incidência de cárie dental observada nos países industrializados no início do século XX e que se estendeu por 60 anos. Associado a este fato, naquela época se dispunha de uma reduzida “mão-de-obra” odontológica especializada, explicando assim, a preocupação primária com os sintomas da doença, ou seja, os dentes cariados eram restaurados ou extraídos.

Na amostra estudada o componente C representou 13,3% enquanto que o Ei (com extração indicada), 0,27%, o que significa que estes idosos possuem poucas necessidades restauradoras. Este fato pode ser explicado também pelo tipo de necessidade odontológica apresentado não ser restauradora e sim protética.

Ainda se for verificada a procedência destes idosos pode-se notar que 26 deles passaram alguma parte de suas vidas na zona rural, o que também passa a ser um fator a mais nesta carência de assistência odontológica, se for levado em conta os anos lá vividos. Considerando que eles representavam 66% dos desdentados, seria de suma importância verificar as condições de saúde de pessoas que passam parte de suas vidas na zona rural.

O Levantamento Epidemiológico de 1996, dez anos após o estudo de 1986, revelou que a cada grupo de quatro brasileiros com 60 anos ou mais, três eram desdentados. Desses, 40% não usavam prótese dentária e os 60% restantes usavam próteses mal adaptadas, que podem ter como conseqüências além do desconforto, problemas com a articulação da fala e com a respiração, e também possibilitam o aparecimento de doenças graves, como o câncer bucal (PUCCA JR, 2003).

O mesmo levantamento encontrou que em função do aumento na porcentagem de edêntulos (sem dentes) com o avanço da idade, eleva-se também a necessidade de prótese total, com um aumento de 10% no grupo de 20-24 anos para, 20% na faixa de 30-34, atingindo 80% entre 60-64 anos, e chegando à quase totalidade (98%) no grupo de pessoas com mais de 75 anos. Este achado corrobora os dados encontrados entre os pacientes da FOP/UNICAMP, que compuseram esta amostra de estudo, pois quando se verificou o uso e a necessidade de próteses, a situação encontrada foi de que entre os desdentados, 81,25% necessitavam de próteses, sendo que 75% já faziam uso delas, enquanto que apenas 6,25% não usavam qualquer tipo de prótese. Entre os dentados as próteses parciais removíveis foram as de maior necessidade e quando a variável número de dentes foi estudada, verificou-se que 26,83% dos idosos apresentavam de 21 a 32 dentes na cavidade bucal, isto porque de acordo com as metas da OMS para o ano de 2000 (FDI, 1982), 75% das pessoas entre 35 e 44 anos devem apresentar pelo menos 20 dentes em condições funcionais, enquanto que entre os idosos com 65 a 75 anos, essa porcentagem deve ser de 50%. Deste modo, os idosos com mais de sessenta e cinco anos e que possuíam mais de 20 dentes funcionais representaram 10% da amostra estudada.

Com a finalidade de se verificar como os idosos avaliavam suas condições bucais foi aplicado o questionário GOHAI, pois diversos autores mencionam que as avaliações feitas pelos pacientes sobre as condições da própria saúde bucal diferem daquelas feitas pelos profissionais (ATCHISON, MATTHIAS, DOLAN, MAYER-OAKES, DEJONG & SCHWEITZER, 1993; REISINE, 1988; REISINE & BAILIT, 1980; SMITH & SHEIHAM, 1980).

O questionário GOHAI se refere a uma avaliação multidimensional feita por idosos a respeito da própria saúde bucal. Para a realização desta pesquisa, ele foi submetido a um teste de consistência interna chamado alpha de Cronbach. O valor obtido foi de 0,8096, verificando-se alta consistência interna para o instrumento como um todo. Depois foi feito o mesmo para os pacientes dentados e desdentados com valores de 0,8213 e 0,7258 respectivamente.

Além do GOHAI, outras medidas subjetivas foram coletadas, como a satisfação global com a vida e referenciada a domínios (saúde física, saúde bucal e saúde bucal comparada com a de outras pessoas da mesma idade). Vale lembrar que a satisfação global com a vida ou referenciada a domínios é considerada como um indicador do bem-estar subjetivo na velhice.

Não foram encontradas correlações estatisticamente significantes entre o índice CPO-D e satisfação referenciada a domínios, porém, entre os dentados foi encontrada correlação positiva entre o número de dentes perdidos ($p=0,0115$) e obturados ($p=0,0150$) e os escores em funcionalidade no GOHAI. Este achado vai ao encontro com o estudo feito por MATTHIAS, ATCHISON, LUBBEN, DEJONG e SCHWEITZER (1995), onde utilizando o índice CPO-D e o GOHAI, além de outros instrumentos em uma população de 550 indivíduos com mais de 65 anos, encontraram que o número de dentes perdidos possuía maior correlação com a auto-avaliação da saúde bucal do que o índice CPO-D. Além disso, um menor número de dentes perdidos e obturados leva a crer que existam problemas com a função mastigatória. Já entre os desdentados, a correlação estatisticamente significativa foi entre o número de dentes e o

escore de dor e desconforto, ou seja, os desdentados relataram menos dor e desconforto do que os dentados ($p=0,0376$).

Conforme LOCKER, MATEAR, STEPHENS e JOKOVIC (2002), o GOHAI privilegia as dimensões funcionais e psicossociais em virtude de ter um número de itens maior do que a dimensão de dor e desconforto e essas diferenças demonstram que o instrumento detecta com precisão os impactos físicos e psicossociais. Os mesmos autores apontam os impactos comportamentais do instrumento: a limitação do tipo e quantidade de alimentos ingeridos e a limitação de contato com outras pessoas.

ATCHISON e DOLAN (1990) disseram que ter poucos dentes, fazer uso de próteses removíveis e perceber a necessidade de tratamento odontológico estão relacionados com pontuações mais baixas no GOHAI, enquanto que os pacientes de raça branca, com melhores níveis educacionais e com altos rendimentos anuais pontuam mais alto, indicando poucos problemas dentais.

Um outro dado interessante foi que entre os pacientes que usavam próteses e não necessitavam trocá-las pontuaram mais alto no GOHAI, o que sugere que eles estejam com suas próteses bem adaptadas, pois segundo estudo feito por ASCKAR, TOMITA, VILELA e MARINHO (2000) para avaliar o uso de prótese e o grau de satisfação com a condição bucal de trabalhadores com a utilização de um indicador sociodental - o Índice de impactos Orais nas Performances Diárias (IOPD)-os indivíduos que usavam próteses fraturadas ou que necessitavam de reajuste relatavam maior comprometimento na qualidade de vida.

Os pacientes que relataram não ter problemas de saúde estavam mais satisfeitos com a própria saúde física ($p=0,0058$), com a própria saúde bucal ($p=0,0362$) e também com a própria saúde bucal quando comparada com a de outras pessoas da mesma idade ($p=0,0412$) do que os que disseram ter problemas de saúde.

Com relação à satisfação com a saúde bucal os idosos pontuaram mais alto quando compararam a própria saúde bucal (M=6,54) com a saúde bucal de outras pessoas da mesma idade (M=7,00), não havendo diferenças estatisticamente significativas entre a variável gênero. Estes dados se correlacionaram com os escores no GOHAI, pois quanto maior a satisfação com a saúde bucal, mais altos foram os escores obtidos.

De acordo com LOCKER (1994), a saúde bucal percebida possui indicadores globais, como a auto-avaliação da saúde bucal e a avaliação da satisfação com a saúde dos dentes e da boca e o fato dos idosos terem pontuado de maneira diferente entre os vários aspectos de sua vida está ligada à questão de que a satisfação global com a vida ou referenciada a domínios é considerada como um indicador do bem-estar subjetivo na velhice. Assim, ASCKAR, TOMITA, VILELA e MARINHO (2000) encontraram, em um grupo de funcionários, que a insatisfação com a própria saúde bucal ocorria quando a vida social era afetada, como por exemplo: o sorrir (29,62%), a estabilidade emocional (27,77%) e o trabalho (25,92%).

Em outro estudo, VERED, ZADIK e MERSEL (2002) aplicaram um questionário que incluía 41 itens que abordavam variáveis sócio-demográficas, atividade social, auto-imagem, nível de apreensão, locus de controle e nível de satisfação com o cuidado dental em uma amostra de 51 idosos e encontraram que vinte e dois pacientes tiveram alto nível de satisfação com o tratamento odontológico, enquanto que 29 tiveram níveis mais baixos, não havendo associação com as variáveis de atividade social, auto-imagem e nível de apreensão. Os autores concluíram que um bom relacionamento profissional-paciente é considerado um fator importante nos níveis de satisfação ao tratamento odontológico, especialmente entre pacientes geriátricos.

Partindo da definição cunhada por LAWTON (1991) de que o bem estar subjetivo é um julgamento qualitativo, pessoal e interno sobre a relação entre a competência comportamental, as condições ambientais e a qualidade de vida percebida e que é dependente do *self*, pode-se inferir que possa ter havido também a influência de traços da personalidade do indivíduo nestas avaliações sobre a própria vida e seus referenciais.

Essa observação está baseada no fato de que os traços de personalidade bem como os afetos negativos estão relacionados com relatos de pior saúde física, mais sintomas e piores avaliações de saúde relacionada à qualidade de vida, tanto que KRESSIN, REISINE, SPIRO III e JONES (2001) apontam que os indivíduos que tendem a ter uma visão mais negativa dos acontecimentos ou que se queixam de uma maneira geral, avaliam negativamente a qualidade de vida relacionada à saúde oral e que piores escores em questionário sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal podem não ser suficientes para indicar clinicamente uma saúde bucal deficiente, mas que isso pode refletir uma disposição individual em queixar-se ou ver muitas coisas negativamente.

DIENER (1984), em uma revisão de literatura sobre o bem-estar subjetivo, citou diversos estudos cujos autores encontraram mais relatos de afetos negativos entre as mulheres do que entre os homens (BRAUN, 1977; CAMERON, 1975; GURIN et al, 1960), porém, mulheres com melhores níveis educacionais referem mais afetos positivos (FREUDIGER, 1980; GLENN & WEAVER, 1981; MITCHELL, 1976).

Por fim, deve-se destacar a importância que existe em conhecer e procurar ouvir os relatos feitos pelos indivíduos, especialmente dos idosos, além de utilizar medidas subjetivas de saúde juntamente com as medidas objetivas, com a finalidade de poder oferecer uma melhor assistência à saúde desses indivíduos.

CONCLUSÕES

Conforme os resultados obtidos através das análises descritivas e das análises estatísticas não-paramétricas realizadas em uma amostra de conveniência composta por 61 pacientes idosos inscritos na Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia de Piracicaba pode-se concluir que:

1. A maioria dos idosos era casada, tinha baixo nível de escolaridade e baixa renda, mas respondia pelo sustento da família. Mais da metade havia vivido na zona rural anteriormente e entre eles havia mais desdentados do que os que nunca haviam morado na zona rural. Entre as mulheres, a maioria era viúva.
2. Os problemas de doenças referidos estão ligados, principalmente, aos sistemas circulatório, osteomuscular e endócrino.
3. As mulheres se descreveram como mais doentes do que os homens e avaliaram menos positivamente a saúde do que eles. Cerca de metade da amostra relatou praticar exercícios físicos e controlar o peso.
4. A necessidade de tratamento aponta para a reabilitação protética, pois o edentulismo correspondeu a 30,5% da amostra e 18,65% tinham entre 21 e 32 dentes. Entre os dentados havia uma média de 17 dentes perdidos, 6,6 de obturados e 3,6 de cariados. Menos de 1% tinham extração indicada.
5. O GOHAI mostrou boa consistência interna na amostra
6. Não foram encontradas correlações estatisticamente significantes entre o índice CPO-D e satisfação referenciada a domínios.

7. Os idosos desdentados relataram menos dor e desconforto do que os dentados. Foi encontrada correlação positiva entre o número de dentes perdidos e obturados e os escores em funcionalidade no GOHAI.
8. Os idosos que usavam próteses, e que não necessitavam trocá-las foram os que pontuaram mais alto no GOHAI.
9. Os sujeitos que relataram não ter problemas de saúde estavam mais satisfeitos com a própria saúde física, com própria saúde bucal e com a própria saúde bucal quando comparada com a de outras pessoas da mesma idade.
10. Homens e mulheres pontuaram alto em satisfação com a vida e também quando avaliaram a própria saúde bucal, em comparação com os da mesma idade, dados que se correlacionaram com os escores no GOHAI. Quanto maior a satisfação com a saúde bucal, mais altos os escores no GOHAI, menos para o grupo que sente dor e desconforto em relação à avaliação que fazem de sua saúde bucal quando comparada a outros da mesma idade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das dificuldades em compor a amostra de estudo, os resultados obtidos foram bastante significativos e com grande conteúdo informativo. Pode-se constatar com os estudos realizados que essa população de idosos requer cuidados específicos.

As medidas objetivas de saúde bucal devem vir acompanhadas de medidas baseadas no funcionamento social e psicológico dos indivíduos, bem como de seus estados de percepção sobre os processos de saúde e de doença, pois a avaliação subjetiva permite ao indivíduo a oportunidade de poder expressar seus sentimentos, bem como estabelecer um relacionamento mais direto e pessoal com o profissional de saúde, além de abordar aspectos não avaliados no cotidiano da prática clínica.

Com isso, questões relacionadas ao estilo de vida, como a inclusão de uma alimentação saudável, a prática de exercícios físicos, a redução de peso corporal, nos impulsionam a trocar informações com outros profissionais de saúde, em benefício do paciente. Nesse sentido, o trabalho com temas relacionados ao bem-estar, auto-estima e senso de controle dos idosos em saúde bucal pode ser de grande valia.

Estudos futuros nesta área poderão ser realizados utilizando-se outros instrumentos disponíveis que avaliam a qualidade de vida relacionada à saúde bucal em idosos e também em comparação com grupos de adultos maduros, podendo contribuir de modo favorável aos estudos relativos ao idoso, à velhice e ao processo de envelhecimento. Medidas de saúde bucal também devem ser avaliadas, com o intuito de trazer a tona dados que possam estar sendo encobertos pelas medidas atuais de saúde bucal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADULYANON, S.; SHEIHAM, A. Oral impacts on daily performances. *In*: SLADE, G.D. (Ed) **Measuring oral health and quality of life**. University of North Carolina, Schol of Dentistry, pp.151-160, 1997.

ANDRADE, E.D. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia**. 1ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999, 188p.

ASCKAR, E.M.; TOMITA, N.E.; VILELA, S.M.; MARINHO, J.A. Uso de prótese e grau de satisfação com a condição bucal no cotidiano de trabalhadores de Bragança Paulista – SP – Brasil. *Odontol. USF*; 18(1);11-9, jan-jun, 2000.

ATCHISON, K.A; DOLAN, T.A Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J.Dental Educ.*, 54 (11): 680-7, 1990.

ATCHISON, K.A; MATTHIAS, R.E.; DOLAN, T.A.; MAYER-OAKES, S.A.; DEJONG, F.J.; SCHWEITZER, S.O. Comparison of oral health ratings by dentists and dentate elders. *J. Public health Dent*, 53:223-39, 1993.

BRUNETTI, R.F.; MONTENEGRO, F.L.B. Odontogeriatrics: Prepare-se para o novo milênio. *In*: FELLER,C; GORAB, R. **Atualização na clínica odontológica: módulos de atualização**. São Paulo: Artes médicas, 2000. vol.1, cap 15, p 471-487.

CAMARANO, A.A. Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica. *In*: FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L.; ROCHA, S.M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, p. 58-71, 2002.

CARLSSON, G.E. Masticatory efficiency: The effect of age, the loss of teeth and prosthetic rehabilitation. *Int.Dent.J.*: 34(2):93-7, 1984.

CARRANZA, I. **Periodontia clínica de Glickman: prevenção, diagnóstico e tratamento da doença periodontal na prática clínica da odontologia geral**. Rio de Janeiro: Ed. Interamericana, 1983.968p.

CARVALHO, R.B. Fome oculta, a grande vilã. *Ciência Hoje*, Set. 2000, vol.28, n.164: 32-34.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. de Saúde Pública*, Abril, 1997, vol.31, n.2.

CHAVES, M.M. **Odontologia Social**. 3ed. Artes médicas, 1986, 448p.

CID-10 / Organização Mundial da Saúde. 3ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998.

CIANCIO, S.G. & FARRELL, L. Salud bucal y envejecimiento en la salud sistémica Informe de los Médicos Generalistas en EEUU: salud bucal en América 2000, 2001.

CORMACK, E. A Saúde Oral do Idoso. *Odontologia.com.br*. Disponível na Internet : <<http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.html>.>

CRUZ, I.B.M.; MORIGUCHI, E.H. **Projeto Veranópolis: reflexões sobre envelhecimento bem sucedido**. Veranópolis: Ed. Oficina da Longevidade, 2002.138p.

CUSHING, A.M.; SHEIHAM, A.; MAIZELS, J. Developing socio-dental indicators - the social impact of dental disease. *CommunityDental Health*, 3: 3-17, 1986.

DE VITTA, A. *Bem-estar físico e saúde percebida: um estudo comparativo entre homens e mulheres adultos e idosos, sedentários e ativos*. Tese de Doutorado em Educação-Área de concentração: Psicologia da Educação. Universidade Estadual de Campinas, 2001.

DIENER, E. Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, vol.95. nº. 3, 542-575, 1984.

DOLAN, T.A. The sensitivty of the Geriatric Oral Health Assessment Index to dental care. *Journal of Dental Education*, 61 (1): 36-46, 1997.

DOUGLAS, C.R. **Patofisiologia Oral: Fisiologia normal e patológica aplicada à Odontologia e Fonoaudiologia**. Vol.2, São Paulo: Pancast, 1998.

ELIAS, A.C.; SHEIHAM, A. The relationship betwen satisfaction with mouth and number and position of teeth. *J. Oral Rehabilitation*, 1998.

FEDERATION DENTAIRE INTERNACIONALE - Global Goals for Oral Health in the year 2.000. *Int. Dent. J.*, 32(1):74-7, 1982.

FRARE, S.M; LIMAS, P.A.; ALBARELLO, F.J.; PEDOT, G.; RÉGIO, R.A.S. Terceira idade: quais os problemas existentes ? *Revista APCD*, v.51, n.6, nov/dez. 1997.

GARCIA, R.I.; HENSHAW, M.M.; KRALL, E.A. Relationship between periodontal disease and systemic health. *Periodontol 2000*; 25: 21-36; 2001.

GEISLER, C.A.; BATES, J.F. The nutritional effects of tooth loss. *Am. J.Clin. Nutr.* 39:478-89, 1984.

GILSON, B.S. et al. The Sickness Impact Profile: development of an outcome measure of oral health. *Am. J. Public Health.*, 65: 1304-10, 1975.

GUEDES PINTO, A.C. **Odontopediatria**. 2 ed. São Paulo: Editora Santos, 1990. 1126p.

HERZBERG, M.C.; MEYER, M.W. Dental plaque, platelets, and cardiovascular diseases. *Ann Periodontol.*; 3: 151-159,1998.

IBGE Pesquisa nacional por amostra de domicílios 1992: microdados. Rio de Janeiro: IBGE, 1997. 1 CD-ROM Disponível na Internet: < <http://www.ibge.org.br>>.

IBGE Pesquisa nacional por amostra de domicílios 1999: microdados. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. 1CD-ROM. Disponível na Internet: <<http://www.ibge.org.br>>.

INCA, **Câncer de boca** Disponível na Internet:<<http://www.inca.gov.br/cancer/boca/>>, 2003.

JORGE JR., J. *Influência de fatores locais e sistêmicos na presença do gênero Cándida na boca de idosos*. Tese de Doutorado, Piracicaba, SP, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, 1996.

JORNAL DO CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA ano XI N. 45 jul/out, 2001. Disponível na Internet < <http://www.cfo.org.br>>.

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev. Saúde Pública*, 21(3) 200-10, 1987.

KIYAK, H.A.; MULLIGAN, K. Studies of the relationship between oral health and psychological well being. *Gerodontics*, 3: 109-12, 1987.

KLEIN, H.; PALMER, C.E. Dental caries in American indian children. *Public health bull.* n.239: Washington, 1937.Govt. Printing office, 1938.

KRESSIN, N.R. The oral health-related quality of life measure (OHQOL). In: SLADE, G.D. (Ed) **Measuring oral health and quality of life**. University of North Carolina, Schol of Dentistry, pp.113-120, 1990.

KRESSIN, N.R.; REISINE, S.; SPIRO III, A. e JONES, J.A. Is negative affectivity associated with oral quality of life? *Community Dent Oral Epidemiol*; 29:412-23, 2001.

LAWTON, M.P. Enviroment and other determinants of well being in older people. *The Gerontologist*, vol.23, p.349-57,1983.

LAWTON, M.P. A multidimensional view of quality of life in frail elders. *In*: BIRREN, J.E.; LUBBEN, J.E.; ROWE, J.C.; DEUTHMAN, D.E. (eds) **The concept and mensurement of quality of life in the frail elderly**. San Diego, Academic Press, 1991. Cap. 1, p 3-27.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.*, n. 9, p.179-186, 1969.

LEAKE, J.L. An index of chewing ability. *Journal of Public Health Dentistry*, 50 (4): 262-67, 1990.

LEÃO, A.T.T. e SHEIHAM, A. The development of measures of dental impacts on daily living. *Community Dental Health*, 13: 22-26, 1996.

LOCKER, D. Measuring oral Health: a conceptual framework *Community Dental Health* 5, 3-18, 1988.

LOCKER, D. Issues in measuring change in self-perceived oral health status. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 26: 41-7, 1998.

LOCKER, D.; MATEAR, D.; STEPHENS, M.; JOKOVIC, A. Oral health-related quality of life of population of medically compromised elderly people. *Community Dent Health*, 19: 90-97, 2002.

LOCKER, D.; MILLER, B.A. Evaluation of Subjective Oral Health Status Indicators. *J. Public Health Dent.* 54 (3): 167-76, 1994.

LOCKER, D.; SLADE, G. Association between clinical and subjective indicators of oral health in an older adult population. *Gerodontology*, 11(2): 108-114, 1994.

MATTHIAS, R.E.; ATCHISON, K.A.; LUBBEN, J.E.; DEJONG, F.J.; SCHWEITZER, S.O. Factors affecting self-ratings of oral health. *J. Public Health Dent*, 55(4): 197-204, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Levantamento Epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986.** Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Bucal, Fundação Serviços de Saúde Pública: Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 137p., 1988.

MATHEWS, D.C. The relationship between diabetes and periodontal disease. *J Canadian Dent Assoc*, 68: 161-164, 2002.

MOJON, P. Oral health and respiratory infection. *J Canadian Dent Assoc.*; 68: 340-345, 2002.

MÔNACO, E.G. La osteoporosis. Sus efectos sobre la cavidad bucal. *Acta Odont Venezolana*, mayo-agosto; 2: vol37, 1999.

NERI, A.L. **Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos.** Campinas, São Paulo. Ed. Unicamp, 1991.

NERI, A.L. (org). **Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas.** cap.8. Campinas, SP: Papyrus, 2001.

NERI, A.L. **Palavras-chave em Gerontologia**. Campinas, SP. Ed: Alínea, 2001. 136p.

OLIVEIRA, J.A.; RIBEIRO, E.D.P.; BONACHELA, W.C.; CAPELOZZA, A.L.A. Perfil do paciente odontogeriatrico da Faculdade de Odontologia de Bauru-USP. PCL, Curitiba, v.4, n.17, p.71-79, jan/fev. 2002.

PADILHA, D. M. P. *A saúde bucal de pacientes idosos: aspectos clínicos de um grupo de idosos ingleses e clínicos-radiográficos de um grupo de idosos brasileiros*. Tese de Doutorado, Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1997, 258p.

PAPALÉO NETO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. *In*: FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L.; ROCHA, S.M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2002. cap.1, p.2-12.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida na velhice. *In*: FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L.; ROCHA, S.M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2002. cap.8, p.81.

PAUNOVICH, E.D., SADOWSKY, J.M. The most frequently used medications in the elderly. *Dent. Clin.North Am.*,v. 41, n.4, pp.699-726, 1997.

PEREIRA, A.C.; QUELUZ, D.P.; MENEGHIM, M.C. Condições periodontais em idosos Usuários do Centro de Saúde “Geraldo de Paula Sousa”, São Paulo, Brasil. *Rev. Fac. Odontologia de Lins*, vol.09, n.1, jan/jun, 1996.

PEREIRA, A.C.; SILVA, F.R.B.; MENEGHIM, M.C. Prevalência de cárie e necessidade de prótese em uma população geriátrica institucionalizada da cidade de Piracicaba-SP. **ROBRAC**, 8 (26), 1999.

PINTO, V.G. Educação em Saúde Bucal In: PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. Ed. Santos, 2002, pp 311-317.

PUCCA JR., G. A. **A saúde bucal do idoso: aspectos demográficos e epidemiológicos**. Disponível na Internet: <<http://www.odontologia.com.br/geriatria/html>> abril, 2000.

PUCCA JR., G. A. *Coordenador de Saúde Bucal fala sobre os rumos da Odontologia no Brasil*. Disponível na Internet: <<http://www.apcd.org.br/Biblioteca/Jornal/2003/07/entrevista/asp>> julho, 2003.

RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L.; ROCHA, S.M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2002. cap.7, p.72-78.

REISINE, S.T. The impact of dental conditions on social functioning and the quality of life. *Ann Rev Public Health*; 9:1-19, 1988.

REISINE, S. Oral health and the sickness impact profile. In: SLADE, G.D., (Ed.) **Measuring oral health and quality of life**. University of North Carolina, School of Dentistry. Pp.57-64, 1997.

REISINE, S.T.; BAILIT, H.L. Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. *Soc Sci Med*; 14a:597-605, 1980.

ROSA, A.G.F.; CASTELLANOS, R.A.; PINTO, V.G. Saúde bucal na terceira idade. **RGO** (Porto Alegre); 41(2): 97-102, mar-abr, 1993.

SALIBA, C.A.; SALIBA, N.A.; MARCELINO, G.; MOIMAZ, S.A.S. Auto-avaliação de saúde na terceira idade: sobre saúde bucal através de um inquérito. **RGO** (Porto Alegre); 47(3): 127-130, jul-set. 1999.

SALIBA, A.S.; SALIBA, N.A.; MARCELINO, G.; MOIMAZ, S.A.S. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. *Revista APCD*, v.53, n.4, jul/ago, 1999.

SCANNAPIECO, F.A. Role of oral bacteria in respiratory infection. *J Periodontol*, 70: 793-802, 1999.

SCANNAPIECO F.A.; WANG B.; SHIAU, H.J. Oral bacteria and respiratory infection: Effects on respiratory pathogen adhesion and epithelial cell proinflammatory cytokine production. *Ann Periodontol*; 6: 78-86, 2001.

SCELZA, M.F.Z.; RODRIGUES, C.; SILVA, V.S.; FARIA, L.C.M.; CÂMARA, V.; SCELZA NETO, P. Saúde bucal dos pacientes do programa interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia da UFF. *RBO*, v.58, n.5, set/out, 2001.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*, Outubro, vol.31, n.5, 1997.

SILVA, S.R.C. *Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade*. São Paulo; 1999. Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP.

SLADE, G.D. e SPENCER, A.J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent. Health*, 11: 3-11, 1994.

SMITH, J.M; SHEIHAM, A. Dental treatment needs and demands of the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol*; 8:360-4, 1980.

STRAUSS, R.P. The dental impact profile. *In: Measuring oral health and quality of life*. University of North Carolina, Schol of Dentistry, pp.81-92, 1997.

TENG, Y.T.; TAYLOR, G.W.; SCANNAPIECO, F.; KINANE, D.F.; CURTIS, M.; BECK, J.D.; KOGON, S. Periodontal health and systemic disorders. *J Canadian Dent Assoc*; 68: 188-192, 2002.

THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. **Tratado de Cariologia**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, cap.1, 1988.

TORRES, S.V.S. Saúde bucal: Alterações fisiológicas e patológicas do envelhecimento. *In*: FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L.; ROCHA, S.M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2002. cap.100, p.828-837.

TUOMINEN, R.; TUOMINEN, M. Satisfaction with dental care among elderly Finnish men. *Community Dent Oral Epidemiol*. 26: 95-100, 1998.

VERED, Y.; ZADIK, D.; MERSEL, A. The influence of socio-demographic and psychological variables on the level of satisfaction of geriatric patients from dental care. *Refuat Hapeh Vehashinayim*; 19(3);58-61,90,jul, 2002.

WALTER, L.R.F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o bebê**. Ed. Artes Médicas Ltda, 1996, 246p.

WAYNE, S. Cariologia. *In*: BARATIERI, L.N. et al. **Dentística Procedimentos Preventivos e Restauradores**, cap.1, São Paulo: Ed. Santos, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Bulletin of World Health Organization*, 2001, 79:1047-1055.

WILSON, I.B.; CLEARY, P.D. Linking clinical variables with health-related quality of life: conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, 273: 59-65, 1995.

ANEXO I



UNICAMP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

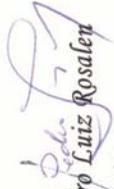
CERTIFICADO



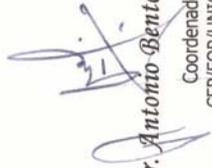
Certificamos que o Projeto de pesquisa intitulado "Pacientes odontogeriátricos: um estudo exploratório sobre saúde bucal, nutrição e qualidade de vida", sob o protocolo nº **153/2001**, da Pesquisadora **Stella Vidal de Souza Torres**, sob a responsabilidade do Prof. Dr. **Antonio Bento Alves de Moraes**, está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 10/10/96, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – FOP.

Piracicaba, 18 de março de 2002.

We certify that the research project with title "Geriatric dentistry patients: an exploratory study about oral health, nutrition and quality of life", protocol nº **153/2001**, by Researcher **Stella Vidal de Souza Torres**, responsibility by Prof. Dr. **Antonio Bento Alves de Moraes**, is in agreement with the Resolution 196/96 from National Committee of Health/Health Department (BR) and was approved by the Ethical Committee in Research at the Piracicaba Dentistry School/UNICAMP (State University of Campinas).



Prof. Dr. Pedro Luiz Rosalen
Secretário
CEP/FOP/UNICAMP



Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

Piracicaba, SP, Brazil, March 18 2002

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, aceito participar da pesquisa “**Pacientes odontogeriátricos: um estudo exploratório sobre saúde bucal, nutrição e qualidade de vida**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores **Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes**, docente da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas/ UNICAMP e **Stella Vidal de Souza Torres**, cirurgiã-dentista e mestranda em Gerontologia da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas/ UNICAMP, cujas informações estão abaixo descritas.

Justificativa: o conhecimento adquirido a respeito do estado de saúde bucal, da dieta e da percepção que o idoso possui a respeito destas questões são de grande relevância para que o indivíduo possa ter um organismo saudável que se mantenha em integridade funcional para desempenhar as suas atividades diárias, podendo assim, adquirir uma melhor qualidade de vida.

Objetivo: esta pesquisa tem como objetivo verificar a saúde bucal de idosos entre 60 e 75 anos de idade considerados independentes, bem como a dieta por eles consumida e a percepção a respeito da própria saúde bucal.

Participação: um dos responsáveis por esta pesquisa, a cirurgiã-dentista Stella Vidal de Souza Torres, prestará esclarecimentos sobre todos os procedimentos a serem realizados. Concordando deverei apresentar-me na Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia de Piracicaba nas datas e horários previamente marcados para dar andamento a pesquisa.

Procedimentos: o participante desta pesquisa deverá ser examinado e entrevistado. Para isso, o exame clínico oral será realizado em cadeira odontológica com o auxílio de espelho bucal, sonda exploradora e espátula de madeira. Todo o instrumental e material utilizado serão esterilizados e o examinador deverá estar paramentado com luvas, gorros e máscaras descartáveis, bem como óculos protetores a fim de assegurar a saúde de todos os participantes. Os dados obtidos através do exame clínico serão transportados para uma ficha clínica contendo um número que deverá representar o participante e para poder ser analisado futuramente, garantindo assim a sua privacidade. Para a entrevista serão usados questionários fornecidos pelos pesquisadores. Ao todo serão dois questionários de fácil preenchimento, sendo um para avaliar, um para avaliar o consumo alimentar realizado pelo participante durante uma semana e outro para avaliar a percepção que o participante tem de sua saúde bucal.

Desconforto e riscos: este estudo não trará nenhum risco para a sua integridade física ou moral.

Benefícios: todos os participantes desta pesquisa serão avaliados clinicamente e receberão instruções em relação aos cuidados com a sua saúde bucal e a sua dieta, bem como o tratamento odontológico adequado. As informações obtidas neste estudo serão úteis para aperfeiçoar o conhecimento e o tratamento oferecido pela Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia de Piracicaba aos pacientes idosos.

Métodos alternativos: como outra forma de obtenção de dados para a realização deste estudo, entrevistas individuais, análises de prontuários existentes na Clínica Odontológica poderão ser realizadas.

Garantia de esclarecimentos e acompanhamento e assistência e seus responsáveis: é importante ressaltar que a todo o momento antes e durante a pesquisa os participantes poderão esclarecer suas dúvidas quanto à realização dos procedimentos efetuados com a pesquisadora responsável e que, mesmo desistindo da pesquisa, irão receber as instruções quanto aos cuidados com sua saúde bucal e dieta, bem como a assistência odontológica adequada fornecida pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba dentro de suas instalações, sem que haja nenhum prejuízo.

Ressarcimento e formas de indenização: como forma de previsão de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, o ressarcimento será feito quando o participante se sentir prejudicado pelos gastos realizados com transporte, alimentação e dia de trabalho.

Garantia de sigilo: ao voluntário da pesquisa será garantido o sigilo de todas as informações adquiridas. Sua identidade será preservada mediante a utilização de um mesmo número para sua ficha clínica e todos os questionários utilizados.

Liberdade para se recusar em participar da pesquisa: o participante tem a total liberdade para não permitir a utilização de suas respostas na pesquisa, sem sofrer qualquer constrangimento ou prejuízo.

Nestes termos, sem que tenha havido qualquer tipo de constrangimento ou de coação para a minha participação como voluntário da pesquisa e, conhecedor da total liberdade de recusar a participar da pesquisa, sem qualquer tipo de pressão, dou meu pleno consentimento, livre e esclarecido, para a utilização das informações que oferecerei para serem utilizadas, especificamente para a pesquisa que será desenvolvida pelos pesquisadores acima citados.

Documento: _____

Endereço: _____ **CEP:** _____

Fone: () _____

Ciente: _____

A assinatura deste documento indica a minha participação como voluntário desta pesquisa e que também recebi uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

ATENÇÃO: A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da FOP/UNICAMP. Endereço: Av. Limeira, 901 CEP: 13414-900 – Piracicaba – SP.

ANEXO III

MODELO DA FICHA SÓCIO-DEMOGRÁFICA

I. DADOS PESSOAIS

1. Nome:..... Número:.....
2. Data de nascimento: ____/____/____
3. Sexo: () Masculino () Feminino
4. Onde nasceu?
Cidade:.....Estado:..... País.....
5. Já morou na zona rural?
() Sim, por ____ano(s). () Não
6. Se já morou na zona rural, em que época de sua vida isso ocorreu?
() Infância
() Juventude
() Vida Adulta
7. Estado civil:
() casado
() viúvo
() separado/desquitado/ divorciado
() solteiro
8. Se viúvo (a), separado (a), ou solteiro (a), vive com um companheiro (a) ?
() sim não ()
9. Frequentou a escola ?
() sim, por _____ano(s) não ()
10. Qual é seu rendimento individual mensal ?
() até dois salários mínimos
() De 2 a 5 salários mínimos
() De 5 a 10 salários mínimos
() De 10 a 20 salários mínimos
() Mais de 20 salários mínimos
() Sem rendimento
11. Assinale os itens em que é aplicada a sua renda:
() Alimentação

- Vestuário
- Transporte
- Moradia
- Despesas Médicas
- Lazer

12. É o principal responsável pelo sustento da família ?

- sim não

13. Com quem mora ?

- sozinho (a)
- com o cônjuge
- com o cônjuge e filhos
- com a família de um filho (a)
- outro(s): _____ (favor completar)

II. DADOS DE SAÚDE

14. Tem algum problema de saúde ?

- sim Qual ? _____
 não

15. Está tomando algum medicamento ? Qual ? _____

16. Como classifica sua saúde:

- Excelente
- Boa
- Regular

17. Faz exercícios físicos? sim não

18. Faz controle de peso? sim não

III. SATISFAÇÃO

19. Numa escala de 1 a 10 em que 1 é a pior nota e 10 é a melhor, que nota daria para:

- Sua vida..... _____
- Sua Saúde bucal..... _____
- Sua saúde física, em comparação com outras pessoas da sua idade.. _____
- Sua saúde bucal, em comparação com outras pessoas da sua idade.. _____
- Sua vida, em comparação com outras pessoas da sua idade..... _____

ANEXO IV

MODELO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL GERIÁTRICA (GOHAI)

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

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

ANEXO V

ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA - IADL

NÚMERO: _____
DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ IDADE: _____

ATIVIDADES	SIM	NÃO
1. USA O TELEFONE ATIVAMENTE?		
2. USA O TELEFONE PASSIVAMENTE?		
3. FAZ COMPRAS?		
4. PREPARA A COMIDA?		
5. FAZ SERVIÇOS DE CASA?		
6. LAVA ROUPAS?		
7. TOMA SEU REMÉDIO SOZINHO (A)?		
8. MANIPULA DINHEIRO?		
9. DIRIGE?		
10. TOMA CONDUÇÃO SOZINHO (A)?		

ANEXO VI

MODELO DE FICHA CLÍNICA

NÚMERO: _____ IDADE: _____
DATA: ___/___/___ SEXO: M () F ()

INDICE CPO-D

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

USO de PRÓTESES

PROTESE TOTAL e PARCIAL	USA	NECESSITA
ARCADA SUPERIOR		
ARCADA INFERIOR		

ANEXO VII

CRITÉRIOS DE EXAME PARA O ÍNDICE CPO-D

Em pacientes dentados são examinados todos os dentes, ou espaços correspondentes, começando do terceiro molar superior direito (dente 18), passando pelo terceiro molar superior esquerdo (dente 28) e continuando, no sentido horário, do terceiro molar inferior esquerdo (dente 38) até o terceiro molar inferior direito (dente 48). O exame é realizado com o uso de espátulas de madeira, espelho bucal número 5 e sonda exploradora e os códigos e definições utilizados estão abaixo descritos:

A) É considerado como **cariado** (C) um dente:

- Que apresenta lesão clinicamente óbvia;
- Em que a opacidade do esmalte indica existência de cárie subjacente;
- Em que a extremidade da sonda exploradora penetra até o tecido dentário mole, cedendo a pressão;
- Em casos de fissuras e cicatrículas, quando a sonda prende, suporta seu próprio peso e oferece resistência à retirada.

B) É considerado como **obturado** (O) um dente:

- Que apresenta uma coroa artificial em bom estado;
- Que apresenta uma ou mais obturações ou restaurações sem recidiva de cárie.

C) É considerado como **extraído** (E) um dente:

- O dente ausente na boca, depois do período em que normalmente deveria ter feito sua erupção.

D) É considerado como **extração indicada** (EI) um dente:

- Que apresente cavidades abertas e sinais óbvios de exposição e morte pulpar.

ANEXO VIII

