



ARLETE MARIA GOMES OLIVEIRA

**ANÁLISE DA NECESSIDADE DE USO DE PRÓTESE EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS, ASSOCIANDO-SE INDICADORES
SOCIAIS E CRITÉRIOS OBJETIVOS DE DIAGNÓSTICO.**

Piracicaba

2014



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

ARLETE MARIA GOMES OLIVEIRA

**ANÁLISE DA NECESSIDADE DE USO DE PRÓTESE EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS, ASSOCIANDO-SE INDICADORES
SOCIAIS E CRITÉRIOS OBJETIVOS DE DIAGNÓSTICO.**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Doutora em Odontologia, na área de Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim

Este exemplar corresponde a versão final da tese defendida pela aluna Arlete Maria Gomes Oliveira e orientada pelo Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim

Assinatura do orientador

Piracicaba
2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

OL4a Oliveira, Arlete Maria Gomes, 1957-
Análise da necessidade de uso de prótese em idosos institucionalizados, associando-se indicadores sociais e critérios objetivos de diagnóstico / Arlete Maria Gomes Oliveira. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Marcelo de Castro Meneghim.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Idosos. 2. Saúde bucal. I. Meneghim, Marcelo de Castro, 1965-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Analysis of the necessity of use of prostheses in elderly institutionalized by joining social indicators and objective criteria for diagnosis

Palavras-chave em inglês:

Older people

Oral health

Área de concentração: Saúde Coletiva

Titulação: Doutora em Odontologia

Banca examinadora:

Marcelo de Castro Meneghim [Orientador]

Luciane Zanin de Souza

Silvia Amélia Scudeler Vedovello

Glaucia Maria Bovi Ambrosano

Fabio Luiz Mialhe

Data de defesa: 25-02-2014

Programa de Pós-Graduação: Odontologia



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de Doutorado, em sessão pública realizada em 25 de Fevereiro de 2014, considerou a candidata ARLETE MARIA GOMES OLIVEIRA aprovada.

Prof. Dr. MARCELO DE CASTRO MENEGHIM

Profa. Dra. LUCIANE ZANIN DE SOUZA

Profa. Dra. SILVIA AMÉLIA SCUDELER VEDOVELLO

Profa. Dra. GLAUCIA MARIA BOVI AMBROSANO

Prof. Dr. FÁBIO LUIZ MIALHE

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar o impacto na determinação do diagnóstico da necessidade de prótese em idosos institucionalizados, utilizando-se como critérios os indicadores sócio-dentais e clínicos de diagnóstico. Trata-se de um estudo com desenho epidemiológico, observacional e transversal. A amostra foi composta por idosos institucionalizados (n=208), de 60 anos ou mais, ambos os gêneros, independentes ou parcialmente dependentes segundo critérios de Katz, selecionados aleatoriamente de duas instituições (asilos) de Piracicaba/SP. O tamanho da amostra foi calculado de acordo com Demidenko (2007, 2008), considerando-se o poder do teste de 0,80, nível de significância de 0,05 e *odds ratio* = 2. Os instrumentos de pesquisas utilizados para a avaliação sócio-dental foram: questionário de autopercepção (GOHAI), avaliação de qualidade de vida (IODD) e auto-avaliação da saúde bucal. Os instrumentos para avaliação clínica, para o uso e necessidade de prótese, seguiu a metodologia utilizada por Colussi (2004), adaptada para esse estudo. Após a coleta, os dados foram agrupados e inseridos em modelo para a avaliação conjunta entre o padrão de necessidades percebidas pelo paciente (autodeclaração da necessidade de prótese), as variáveis sóciodemográficas, critérios de avaliação clínicos e sócio-dentais. Os resultados foram avaliados pela análise bivariada pelo Qui-quadrado e multivariada para verificar a necessidade de tratamento. As variáveis com $p < 0,20$ foram testadas na análise de regressão logística múltipla, permanecendo no modelo aquelas com $p < 0,05$. De acordo com os resultados obtidos, 52,88% (110) dos participantes eram edêntulos, 68,75% usavam algum tipo de prótese e 64,91% necessitavam de prótese, 60,58% dos participantes auto avaliaram a saúde bucal (SB) como boa e excelente e 39,42% como regular e ruim. Na análise bivariada, as variáveis que se associaram com a autodeclaração de necessidade de prótese foram: edentulismo ($p=0,003$), necessidade de prótese ($p=0,03$), auto avaliação SB ($p=0,0024$), religião, ($p < 0,0001$) e qualidade de vida ($p < 0,0001$). A prevalência de impactos severo na qualidade de vida associou-se a autodeclaração de necessidade de prótese. Os impactos mais relatados foram “comer e sentir o sabor dos alimentos”, “falar ou pronunciar as palavras corretamente” e “sorrir e mostrar os dentes sem constrangimento”. Na análise de regressão logística múltipla para autodeclaração de necessidade de prótese, as variáveis com associação significativa ($p < 0,05$) foram qualidade de vida ($p < 0,0001$, OR=0,14, IC95%=0,06 - 0,30) e necessidade de prótese ($p=0,0254$, OR=0,39, IC95%=0,21-0,71). O estudo mostrou que a necessidade de prótese foi elevada na avaliação clínica. Para os idosos que avaliaram sua saúde bucal como ruim, os resultados apontam uma maior necessidade de uso de próteses. Concluiu-se que a medida subjetiva auto declaração de necessidade de prótese esteve fortemente associada à avaliação com os critérios de diagnóstico clínicos para a necessidade de uso de próteses.

Palavras-chave: Idosos. Saúde Bucal. Indicadores Subjetivos. Auto-percepção.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the impact on determining the diagnosis of the need to wear dentures in institutionalized and non institutionalized elderly persons, using socio-dental and clinical diagnostic indicators as criteria. This was a study with an epidemiological, observational and cross-sectional design. The sample was composed of elderly persons (n=208) over 60 years of age, of both genders, independent or partially dependent - according to the criteria of Katz, randomly selected from two old-age home institutions in Piracicaba, SP, Brazil. The sample size was calculated in accordance with Demidenko (2007, 2008), considering a power of test of 0,80, level of significance of 0,05 and odds ratio=2. The research instruments used for socio-dental evaluation were: self-perception questionnaire (GOHAI), quality of life evaluation (IODD) and self evaluation of oral health. The instruments for clinical evaluation of the use of and need for dental prostheses, were in accordance with the methodology proposed by the WHO (1999) and used by Colussi (2004), adapted to this study. After collection, the data were grouped and inserted into a model for the joint evaluation between the pattern of needs perceived by the patient (self-declared need for dental prostheses), the sociodemographic variables, clinical and socio-dental evaluation criteria. The results were evaluated by bivariate analysis, the Chi-square and multivariate testing to verify treatment need. The variables with $p < 0,20$ were tested in multiple logistic regression analysis, and only those with $p < 0,05$ remained in the model. According to the results obtained, 52,88% (110) of the participants were edentulous, 68,75% wore some type of denture, and 64,91% needed dental prostheses. Of the participants, 60,58% self-evaluated their oral health (OH) as being good and excellent and 39,42% as being regular and poor. In the bivariate analysis, the variables that were associated with the self-declaration of the need for dental prostheses were: edentulism ($p=0,003$), need for dentures ($p=0,03$), self evaluation OH ($p=0,0024$), religion, ($p < 0,0001$) and quality of life ($p < 0,0001$). The prevalence of severe impacts on quality of life were associated with self-declaration of the need for dentures. The most frequently reported impacts were “to eat and taste the flavor of foods”, “speak or pronounce words correctly” and “smile and show one’s teeth without embarrassment”. In the multiple logistic regression analysis for self-declaration of the need for dentures, the variables with significant association ($p < 0,05$) were quality of life ($p < 0,0001$, OR=0,14, IC95%=0,06 - 0,30) and need for dentures ($p=0,0254$, OR=0,39, IC95%=0,21-0,71). The study showed that the clinical evaluation revealed a high need for dentures. For the elderly who evaluated their oral health as poor, the results pointed toward greater necessity and less use dentures. It was concluded that the subjective measure of self-declaration of the need for dentures was strongly associated with the evaluation made by means of the clinical diagnostic criteria, to necessity of the use to prostheses.

Key Words: Elderly. Oral Health Subjective Indicators. Self-perception.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	XIII
AGRADECIMENTOS	XV
AGRADECIMENTOS ESPECIAIS	XVI
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	XVII
LISTA DE TABELAS	XIX
1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DA LITERATURA	5
2.1 O Envelhecer	5
2.2 A questão da institucionalização	8
2.3 Autopercepção em saúde bucal e o Impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida e atividades diárias	12
2.4 O edentulismo e suas complicações	17
2.5 A independência funcional do idoso	21
2.6 Uso e necessidade de próteses	22
2.7 Avaliação normativa x sócio dental	23
3 PROPOSIÇÃO	27
4 MATERIAL E MÉTODO	29
4.1 Aspectos éticos e legais da pesquisa	29
4.2 Caracterização do local do estudo	29
4.3 Tipo de estudo	30
4.4 População e amostra	30
4.5 Critérios de exclusão e inclusão	33
4.6 Instrumentos utilizados para a coleta de dados	33
4.6.1 Indicadores sociais	33
4.6.2 Indicador clínico (normativo)	35
4.7 Treinamento e calibração dos examinadores	36
4.8 Projeto piloto	36
4.9 Delineamento do estudo	37

4.10 Análise estatística	37
5 RESULTADOS	39
6 DISCUSSÃO	47
7 CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS	59
ANEXO 1 - ÍNDICE DE KATZ	85
ANEXO 2 - DADOS DEMOGRÁFICOS E SÓCIO-CULTURAIS	87
ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO DE AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL	88
ANEXO 4 - QUESTIONÁRIO GOHAI (ATCHISON E DOLAN, 1990)	89
ANEXO 5 - QUESTIONÁRIO IODD	93
ANEXO 6 - USO E NECESSIDADE DE PRÓTESES	95
ANEXO 7 - CERTIFICADO DO COMITÊ DE ÉTICA	97

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu exemplo de vida, minha querida mãe Francisca da Silva, mulher de fibra, exemplo de superação. Ensinou-me que obstáculos se pulam e que objetivos se alcançam e que os sonhos podem ser reais sim, tudo pode, basta querer. Agradeço seu amor incondicional, e sua presença em todos os meus momentos, apoiando meus devaneios certos, me amparando nos momentos difíceis e me ensinando que a vida vale a pena, só depende de nós para vivê-la. Agradeço por sua sabedoria, e a força, que me ensinou sempre a buscar no amor em Deus.

A você minha mãe amada, qualquer palavra é pouco para definir seu carinho e dedicação imensuráveis para comigo. Obrigada pelos aplausos nos momentos de vitória, e pelo colo nos momentos de angústia...

A vida sanadora de Deus incandesce cada átomo e célula de meu corpo, infundindo-lhes vigor, harmonia e perfeição!

AGRADECIMENTOS

Ao Magnífico Reitor da UNICAMP, Prof. Dr. Jose Tadeu Jorge.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa do seu Diretor Prof. Dr. Jacks Jorge Junior.

À Coordenadora de Pós-Graduação da FOP - Unicamp Prof^a. Dr^a. Renata Cunha M. R. Garcia.

À Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Prof^a. Dr^a. Cinthia Pereira Machado Tabchoury.

Ao Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira pela acolhida inicial e por seu empenho em nos auxiliar em nossa formação.

Aos docentes do programa de Pós-Graduação da Odontologia da FOP-UNICAMP pela atenção, pelas aulas e aprendizado.

À secretaria Eliana Aparecida de Mônico sempre disposta a nos atender.

À secretaria da Pós-Graduação em Odontologia Elisa, pela constante ajuda.

À Prof^a Dra. Glaucia Maria Bovi Ambrosano por seu imensurável auxílio.

Aos Docentes do Departamento de Odontologia Social da FOP-UNICAMP, por nos disponibilizar seus conhecimentos.

A CAPES pelo incentivo na concessão da bolsa de doutorado, viabilizando esse estudo.

A todos que de alguma forma ou em algum momento participaram do meu aprendizado.

Aos Professores participantes da minha banca de defesa, o meu muito obrigada.

“A todos os colegas que convivi esses quatro anos de FOP-UNICAMP”.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Agradeço a **DEUS**, que me deu o dom da vida e me concede seu amor e sua luz para sempre iluminados estarem os meus caminhos.

Aos meus pais **GERALDO OLIVEIRA** (*in memoriam*) E **FRANCISCA DA SILVA** por me concederem a vida e as condições de trilhar caminhos para vivê-la com dignidade, honestidade e amor ao próximo.

Ao meu querido Orientador **PROF. DR. MARCELO DE CASTRO MENEGHIM** pelo exemplo de docente, auxiliando-me na elaboração desse trabalho, de forma competente e paciente em entender minhas limitações, colaborando e compartilhando seus conhecimentos científicos, transformando-me em uma profissional determinada, segura e consciente das decisões a serem tomadas. Obrigada por sua amizade, pela confiança e pelo carinho com que me favorece com seus ensinamentos. Sempre o terei como meu **GRANDE MESTRE**.

A minha amada **PROF^A. DR^A. ARLENE OLIVEIRA**, exemplo de profissional e competência, que sempre esteve ao meu lado me auxiliando, incentivando, ensinando e me amparando; agradeço a Deus por me conceder a graça e o presente de tê-la como irmã.

Aos meus filhos amados **VINÍCIUS WAGNER** e **CIBELLE OLIVEIRA**, por serem a dádiva que são, pela compreensão das minhas ausências e falhas nos momentos de muita labuta. Agradeço a Deus pelos dois presentes que me concedeu.

A todos os idosos que participaram dessa pesquisa, sempre solícitos e dispostos a colaborar.

Muito Obrigada a todos!

“Para um tolo, a velhice é um inverno amargo.

Para um sábio, ela é um tempo dourado.”

Ditado popular

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Envelhecer é um direito.	8
Figura 2 - Instituição Lar dos Velinhos.	31
Figura 3 - Instituição Lar Betel.	32
Figura 4 - Palestra sobre higiene bucal na terceira idade para os idosos participantes da pesquisa.	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição percentual e absoluta da amostra segundo a faixa etária, gênero, escolaridade, estado civil, religião, renda, autoavaliação da saúde bucal.	40
Tabela 2 - Classificação da amostra de acordo com a autopercepção em saúde bucal.	41
Tabela 3 - Distribuição da prevalência, frequência, severidade, sintomas e motivos dos impactos bucais no desempenho diário.	42
Tabela 4 - Estatística descritiva dos domínios mais afetados do IODD quanto à frequência e severidade dos impactos.	43
Tabela 5- Distribuição da frequência segundo o uso de prótese (total e/ou parcial).	44
Tabela 6 - Distribuição da frequência segundo a necessidade de prótese (total e/ou parcial).	44
Tabela 7 - Associação entre as variáveis sociodemográficas e a percepção auto declarada pelo indivíduo sobre a necessidade do uso de prótese.	45
Tabela 8 - Análise de regressão logística múltipla para a percepção auto declarada pelo indivíduo sobre a necessidade do uso de prótese.	46

1 INTRODUÇÃO

A expectativa de vida da população brasileira tem aumentado de forma significativa nos últimos anos, evidenciando-se a importância de se preparar a população adulta para um envelhecimento saudável (Shinkai e Cury, 2000; Petersen e Yamamoto, 2005; Souza et al., 2007; Freitas et al., 2008; Silva et al., 2009; Martins et al., 2009; Veras et al., 2009).

No Brasil, o parâmetro para ser considerado idoso tem como base legal o Estatuto do Idoso que, no seu Art. 1º é instituído direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2009, a população idosa chegava a 21 milhões de pessoas (IBGE, 2010), sendo hoje 12,6% da população ou 24,85 milhões de indivíduos, contra 9,3% em 2002. A projeção da população aponta que em 2060, os idosos no Brasil deverão representar 26,7% da população total (58,4 milhões de idosos para uma população de 218 milhões de pessoas), numa proporção 3,6 vezes maior. Atualmente, o Brasil apresenta uma taxa de envelhecimento populacional muito expressiva, da ordem de 12,6%, considerando os últimos 25 anos (IBGE, 2012).

Os principais determinantes dessa acelerada transição demográfica são a redução expressiva na taxa de fecundidade, associada à forte redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida (Silveira Neto et al., 2007). O envelhecimento populacional trás um incremento das doenças crônicas, o que implicará na necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender às crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (Mendes, 2011).

O interesse no envelhecimento e suas repercussões ao longo das últimas décadas não é um tema novo e tem sido crescente o interesse no processo de mudança acompanhado mundialmente. Pesquisas em idosos têm demonstrado a importância da compreensão do envelhecimento sob a ótica biopsicossocial (Gaião et al., 2005; DeMarco, 2006; Furtado et al., 2011; Haikal et al., 2011; Vasconcelos et al., 2012; Kurihara et al., 2013; Machado et al., 2013).

A população idosa brasileira frequentemente está sujeita a extenuações socioeconômicas, que repercutem negativamente sobre sua condição de saúde bucal que se apresenta em precárias condições, com alta prevalência de edentulismo, doenças periodontais, dentes cariados, necessidades de uso de próteses e condições inadequadas das próteses (Meneghim e Saliba, 2000; Colussi e Freitas, 2002; Colussi et al., 2004; Moreira et al., 2005, Colussi e Freitas, 2007; Brasil, 2011; Esmeriz et al., 2010; Leitão et al., 2012). Embora tenha havido uma melhora nas condições de saúde bucal do povo brasileiro, o Brasil é caracterizado como o “país dos desdentados”, fator que muito provavelmente detém relação com o tipo de assistência odontológica recebida durante a vida (Crispim et al., 2009; Moimaz et al., 2009; Evren et al., 2011; Miranda et al., 2011).

Na comparação entre os dois últimos levantamentos brasileiros, nos anos de 2003 e 2010, a população idosa, apresentou as menores taxas de melhora nas condições de saúde bucal, estando o uso e necessidade de prótese entre as necessidades mais prementes. O levantamento de 2010 mostra que, atualmente, mais de três milhões de brasileiros com 65 anos ou mais necessitam de próteses completas e quatro milhões necessitam de próteses parciais-mostrando que a saúde bucal dos idosos continua sendo um desafio para o governo (Brasil, 2011).

As pesquisas relacionadas ao diagnóstico das condições de saúde das populações têm sido realizadas ignorando os aspectos sociocomportamentais (Reis e Marcelo, 2006; Miranda et al., 2011; Vasconcelos et al., 2012). Na avaliação das necessidades do uso de prótese comumente são considerado apenas a avaliação clínica, o que não é apropriado, pois não considera fatores como o estado geral de saúde do indivíduo e a autopercepção da saúde bucal, isto porque, os fatores associados à condição bucal e à qualidade de vida, não se resumem em desconforto e dor, mas se refletem também em aspectos psicológicos e sociais, tais como aparência pessoal, comunicação e interação (Andulyanon e Sheiham, 1997; Srisilapanan e Sheiham, 2001; Sheiham et al., 2001; Nitschke e Muller, 2004; Tsakos et al., 2004; Unfer et al., 2006; Bonan et al., 2008; Vetore, 2009; Martins et al., 2009; Daly et al., 2010; Haikal et al., 2011; Esmeriz et al., 2012; Machado et al., 2013).

Discute-se na literatura que um método deve levar em consideração a autopercepção da saúde bucal do indivíduo, a sua qualidade de vida que, conjugadas às avaliações normativas, possam estimar a real necessidade de tratamento do indivíduo. Esta abordagem, denominada sociodental, analisa as necessidades de saúde bucal utilizando ferramentas normativas de avaliação clínica e avaliação de comportamento e qualidade de vida (Silva e Fernandes, 2001; Tsakos et al., 2004; Jung et al., 2008; Sheiham e Tsakos, 2008; Montero-Martin et al., 2009; Sandres et al., 2009; Vetore, 2009; Daly et al., 2010; Esmeriz et al., 2012; Machado et al., 2013).

Adicionalmente, o uso e a necessidade de reabilitação protética estão relacionados a aspectos culturais, condição de saúde bucal e à organização e acesso a serviços de saúde de cada local, devendo, portanto, serem analisados conjuntamente (Srisilapanan e Sheiham, 2001; Antunes et al., 2003; Lacerda et al., 2008; Furtado et al., 2011; Leitão et al., 2012).

A partir do momento que o indivíduo toma conhecimento do seu estado de adoecimento, a auto-avaliação da saúde é extremamente importante para aumentar a adesão dos indivíduos a comportamentos de saúde saudáveis (Benyamini et al., 2004; Di Matteo, 2004; Taylor, 2007). A autopercepção da saúde bucal reflete a experiência subjetiva dos indivíduos sobre seu bem-estar funcional, social e psicológico, é a compreensão e aceitação do seu estado de saúde (Reis et al., 2005; Martins et al., 2009; Moimaz et al., 2009). Para os mesmos autores, no aspecto subjetivo, a saúde bucal auto-avaliada esta associada a julgamentos pessoais como a auto-avaliação da necessidade de tratamento odontológico, a sensibilidade dolorosa nos dentes e gengivas, auto-avaliação da aparência bucal, da mastigação, da fala e dos relacionamentos sociais em função das condições bucais e condição de saúde geral.

Dessa forma, por meio da autopercepção e auto-avaliação da saúde, atitudes individuais poderão levar à mudança de comportamento de uma comunidade, de forma que indicadores desse tipo de análise são ferramentas importantes para a implantação de serviços de atenção voltados para um determinado extrato populacional (Meneghim et al., 2000; Henriques et al., 2007; Antunes et al., 2010; Costa et al., 2010; Furtado et al., 2011; Oliveira, 2011; Leitão et al., 2012; Watt e Sheiham, 2012).

A possibilidade de associação entre o uso de indicadores sócio-dentais associados aos indicadores normativos no estudo da saúde bucal da população idosa, pode possibilitar o desenvolvimento de metodologias para se determinar o melhor planejamento da demanda para o serviço de saúde bucal.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O Envelhecer

Há pouco, andava quase que como o voar de um beija flor...
Com o tempo, vou manso, bem devagar...
Bem há pouquinho, era o sol, e de repente, anoiteceu.
Lembro-me que era ontem, bem recente; frescor, fragrância, textura de
pêssegos recém-colhidos...
Vieram passos, nêgas, marcas bem marcadas.
Me olhei, e vi que ali no espelho, era eu... (Gasset, 1993).

A percepção da velhice é um fenômeno pessoal. A referência do ser idoso é no outro, isto é, aquele que sou para os outros. A velhice é reconhecida mais claramente para os outros, é um processo que o próprio sujeito só enxerga na coletividade. Isso distingue a velhice da doença que, ao chegar, é sentida e o corpo se defende. Já o envelhecimento não tem sintomas (Beauvoir, 1990). O envelhecimento da população é um fenômeno mundial e estima-se que, no ano de 2050, a população com mais de sessenta anos será de dois bilhões de habitantes (United Nations, 2002).

O processo de envelhecimento fisiológico causa na boca poucos eventos desencadeadores de disfunções e incapacidades, mas grande número de estudos revela que, de modo geral, a condição de saúde bucal dos idosos é deficiente (Colussi et al., 2004; Reis et al., 2005; Benedetti et al., 2007). Estamos envelhecendo rapidamente, mas em contrapartida estamos vivendo mais. Uma transição demográfica rápida e irreversível num contexto de profundas transformações sociais (Pinholato et al., 2010).

Segundo Kalache (2007), as pressões da sociedade civil e da opinião pública fizeram com que o Brasil disponha hoje de um excelente Estatuto do Idoso que se posto em prática em sua íntegra, garantirá qualidade de vida a milhões de cidadãos que em grande parte, permanecem excluídos da sociedade.

Algumas conquistas podem ser notadas com a instituição de pensões não contributivas que atendem a mais de seis milhões de idosos, cujo um impacto social vai muito além do benefício direto a estes “aposentados”, situados entre os brasileiros mais

pobres, a maioria vivendo em zonas rurais, oriundos do sistema informal da economia (Kalache, 2007).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o envelhecimento ativo é definido como “o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que se envelhece”. Apesar dos progressos apontados, nossas carências ainda são enormes em relação a esses três pilares do “envelhecimento ativo”: saúde, participação e segurança (Kalache, 2007).

O Brasil caminha velozmente rumo a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido; fenômeno que, sem sombra de dúvidas, implicará na necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender às crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (Brasil, 2010).

A execução de políticas públicas que culminem na redução das iniquidades em saúde bucal (Saitrain e Vieira, 2008) requer dos gestores do Sistema Único de Saúde planejamento de ações simplificadas, de alcance universal e com participação dos atores sociais envolvidos. Indicativos do Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal, relativos aos Projetos SB Brasil 2003 e 2010, mostram a severidade da condição de saúde bucal da população brasileira e revelam que as desigualdades são marcantes entre as regiões geográficas e as condições socioeconômicas (Brasil, 2011).

No Brasil a população de idosos chega 14,5 milhões, isso significa que 9,1% da população Brasileira são idosos, o que pode ser considerada uma das maiores do mundo, superando a França, Itália e Reino Unido. Em 30 anos a população de idosos no Brasil poderá ser superior a 30 milhões. Até o ano de 2025 seremos a sexta maior população idosa do mundo em números absolutos, com mais de 30 milhões de pessoas, representando quase 20,0% da população total (IBGE, 2012).

A velocidade com a qual esse processo vem ocorrendo deverá determinar grandes dificuldades, já que os idosos ainda não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência e têm como consequências o acúmulo de sequelas de doenças, o desenvolvimento de incapacidades e a perda de autonomia e qualidade de vida (Chaimowicz, 1997). Os pacientes idosos, muitas vezes, por não possuírem conhecimentos sobre prevenção, técnicas de higienização, capacidade motora ou condição neurológica para

aplicá-las, encontram-se com a saúde bucal seriamente comprometida, com elevado índice de cárie e perda dentária (Silva e Valsecki Junior, 2000; Colussi e Freitas, 2002; Rodrigues Junior et al., 2006; Araújo et al., 2007; Rivaldo e Padilha, 2008; Buczyns, 2008; Fernandes-Costa et al., 2013).

A saúde bucal na terceira idade é um fator indispensável para o envelhecimento saudável e uma boa qualidade de vida. Idosos expostos a situações de vulnerabilidade social estão mais sujeitos à interferência direta dos determinantes sociais no processo saúde-doença. Os problemas bucais mais prevalentes nessa faixa etária são as cáries radiculares e a doença periodontal, que contribuem para a grande maioria das extrações dentárias (Arcuri et al., 2006, Rodrigues Júnior et al., 2006, Isolan et al., 2008; Meloto et al., 2008, Arslan et al., 2009, Alcarde et al., 2010).

A prevenção de doenças bucais tem sido objeto de inúmeras pesquisas e discussões nas últimas décadas, tendo como resultado uma consolidada mentalidade de sua necessidade, importância e aplicação aos cirurgiões-dentistas na odontologia atual (Brunetti e Montenegro, 2002), mas, devido à ausência de programas de odontogeriatrics no Brasil (Pereira et al., 1996; Simões et al., 2009), a maioria da população de idosos não recebe esses benefícios. A compreensão das alterações morfofisiológicas e das patologias por parte dos odontólogos é imprescindível para a realização de um correto diagnóstico e atendimento à pessoa idosa (Fernandes-Costa et al., 2013).

No Brasil, a saúde bucal do idoso tem sido relegada ao esquecimento. O edentulismo é aceito pela sociedade, pelos cirurgiões-dentistas e pelas pessoas adultas especificamente como algo normal e natural do envelhecimento com o avanço da idade (Musacchio et al., 2007), podemos entender que este é o reflexo da falta de orientação e de cuidados com a saúde bucal em todas as idades (Simões et al., 2009), levando à más condições de mastigação (Macêdo et al., 2009; Alcarde et al., 2010; Cardoso e Lago, 2010).

Lesões ligadas à prótese e ou doenças periodontais constituem agravos severos que precisam ser enfrentados, por meio de políticas nacionais, nas três esferas governamentais, com ênfase na prevenção, reduzindo os níveis de doença para que as necessidades de tratamento não sufoquem a capacidade de atendimento (Silva et al., 2002;

Hugo et al., 2007; De Marchi et al., 2008; Wöstmann et al., 2008; Cardoso e Lago, 2010; Gomes et al., 2010).

Em 10 de Dezembro de 1999 foi promulgada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), através da Portaria 13395/GM, a qual se fundamenta na concepção da atenção integral à saúde da população em processo de envelhecimento, em conformidade com o que determina a Lei Orgânica da Saúde 8080/90 e a Lei 8142/94 que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS). A PNSI assinala que a maior parte dos idosos é, na verdade, capaz de decidir sobre seus interesses e organizar-se sem ajuda ou com supervisão, considerando saudável aquele que mantém a sua autodeterminação ainda que seja portador de uma ou mais doenças crônicas (Brasil, 1999).

“De acordo com o estatuto do idoso (2003, art.8º) o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente”.



Figura 1 - Envelhecer é um direito.
Fonte: www.abrigobzmenezes.org.br

2.2 A questão da institucionalização

Bem-estar é um termo geral que engloba o universo total dos domínios da vida humana, incluindo os aspectos biológicos, psíquicos e sociais. A doença pode comprometer diretamente o bem-estar biopsicossocial, dependendo da capacidade de adaptação do indivíduo. Essa capacidade de adaptação está diretamente relacionada ao contexto onde o indivíduo está inserido.

No Brasil, a população da terceira idade está em crescimento contínuo, causando um aumento da demanda por instituições de longa permanência para idosos. Fatores que levam a institucionalização, como morar só, suporte social precário e baixa renda (associada à viuvez, aposentadoria, menor oportunidade de empregos formais e estáveis e aumento dos gastos com a própria saúde) tornaram-se mais frequentes ao longo dos tempos (Chaimowicz, 1997, Chaimowicz e Greco, 1999).

Os estudos que se referem à população idosa institucionalizada relatam o limitado acesso a assistência à saúde bucal e a elevada prevalência de doenças bucais não tratadas com repercussões em sua saúde geral e qualidade de vida (Locker et al., 2001; Silva, 2007). Entre os idosos, o valor dado a medições subjetivas se torna bastante importante, considerando que os problemas bucais podem ter repercussões nutricionais e psicossociais (Mesas et al., 2008).

A longevidade e a expectativa de vida foram expandindo ao longo da história, sendo influenciadas pelas condições de vida promovendo aumento significativo no número de anos que as pessoas poderiam atingir. O envelhecer recebeu significados diferentes em cada sociedade, o fato da cultura tecnológica estar bem mais próxima dos jovens, o envelhecer passou a ser visto em seu aspecto de decadência e os idosos colocados em posição secundária. O envelhecimento populacional provoca a transformação da velhice em um problema social, entendida como um fenômeno que se relaciona com os demais setores e estruturas da sociedade. Este fenômeno quantitativo vem acompanhado por mudanças nas políticas públicas substanciais e práticas dirigidas a este coletivo (IPEA, 2001, 2004; Minayo e Coimbra, 2011).

Torna-se fundamental também definir qual é o entendimento da expressão “idoso institucionalizado”. Institucionalização significa, na língua portuguesa, “ato ou efeito de institucionalizar”. De modo geral, são as pessoas com 60 anos ou mais, que vivem em instituições especializadas e recebem cuidados pertinentes às necessidades adquiridas. Assim, idoso institucionalizado é aquele que vive em uma instituição para receber cuidados (Boff, 2003).

Entretanto a criação de instituições filantrópicas destinadas a prestar cuidados a velhos, denominadas de asilos teve sua origem no final do século XIX e início do século

XX. Vê-se, portanto, que as práticas assistenciais não são recentes na sociedade brasileira, reportando-se ao período colonial. A maioria das instituições brasileiras (65,2%) é de natureza filantrópica, refletindo sua origem. Apenas 6,6% são públicas, com predominância das municipais, o que corresponde a 218 instituições, número bem menor do que o de instituições religiosas vicentinas, (aproximadamente 700) (Camarano e Canso, 2010). Cabe ressaltar que a aposentadoria, apesar de ter como proposição à garantia de direitos e de inclusão social do idoso na sociedade democrática brasileira, seus valores, do ponto de vista econômico, não permite o atendimento satisfatório das suas necessidades de sobrevivência.

A Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS (Lei nº 8.742/93) assegurou alguns dos direitos dos idosos, que consiste no repasse de um salário-mínimo mensal, dirigido às pessoas idosas e às portadoras de deficiência que não tenham condições de sobrevivência, tendo como princípio central de elegibilidade a incapacidade para o trabalho objetivando a universalização dos benefícios, a inclusão social. Apesar disso, essa política pouco vem contribuindo para a construção da cidadania, pois aqueles que se encontram abaixo da linha de pobreza possuem tantas necessidades básicas não atendidas que um salário-mínimo não basta para lhes garantir uma vida digna (Brasil, 2009).

O termo Asilo é tradicionalmente empregado com sentido de abrigo e recolhimento, usualmente mantidos pelos poder público ou por grupos religiosos. Para Alcântara (2004), não se pode negar a viabilidade do atendimento asilar diante do contexto sócio-econômico em que o país se encontra, porém há que se qualificar esse serviço, uma vez que atende a uma população que demanda cuidados complexos.

Para a Anvisa, as instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) são instituições governamentais ou não-governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania. É comum associar ILPIs a instituições de saúde. Mas elas não são estabelecimentos voltados à clínica ou à terapêutica, apesar de os residentes receberem além de moradia, alimentação e vestuário, serviços médicos e medicamentos (Camarano e Kanso, 2010).

No que concerne a institucionalização do idoso, a política nacional do idoso (PNI) prioriza a vida junto à família. Estabelece também que assistência na modalidade

asilar deverá ocorrer somente no caso da inexistência do grupo familiar, abandono, carência de recursos financeiros próprios ou da própria família (Brasil, 1989). Podemos perceber que as diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso enfatizam ações de promoção e reabilitação. O cuidado com a geração velha é atribuído, ao longo da história, aos descendentes, ou seja, a família tem como responsabilidade satisfazer inúmeras necessidades, sejam elas físicas, psíquicas e sociais, principalmente quando seus velhos apresentam algum comprometimento na sua autonomia e independência.

Em um estudo realizado por Mello em idosos residentes em instituições geriátricas de Porto Alegre, foi verificado que o tempo de institucionalização apresentou uma ampla variação (Mello et al., 2003), sendo a média de dois anos, o que sugere que esse pequeno tempo de permanência seja devido à transferência do idoso para uma casa geriátrica nos finais de vida ou, então, às condições adversas decorrentes da institucionalização, que acaba por definir a expectativa de vida do idoso. O estudo revelou que o cuidado à saúde bucal prestado, é insatisfatório devido a característica empírica dos procedimentos de higiene bucal realizados, desassociados de adequada orientação técnica, especialmente odontogeriatrica, e envolvidos num ambiente de descompromisso organizacional privado, institucional público, e até familiar.

Esse cenário sugere que muitos residentes em instituições de longa permanência para idosos podem estar sendo negligenciados permanentemente no âmbito da sua saúde bucal, pela falta de oportunidade de diagnóstico, pela fragilidade das ações de cuidado diário, pela não valorização das ações preventivas a esse grupo populacional, e pela pouca disponibilidade de acesso a tratamento curativo e reabilitador (Colussi e Freitas, 2002), cuidados negligenciados mesmo por médicos e enfermeiros (Rodrigues-Junior et al., 2006).

O cuidar é um exercício constante, baseado nas necessidades do idoso, atender as demandas que vão surgindo no decorrer do processo de institucionalização e que necessitam ser aprendidas no enfrentamento do cotidiano e sendo orientadas por profissionais capacitados como o enfermeiro. O enfermeiro é fundamental no processo do cuidar e para uma melhor qualidade de vida no envelhecimento (Araújo et al., 2007).

2.3 Autopercepção em saúde bucal e o Impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida e atividades diárias

Autopercepção em saúde é a interpretação que a pessoa faz de suas experiências e estados de saúde no contexto da vida diária. Este julgamento se baseia, em geral, na informação e nos conhecimentos disponíveis, modificados pela experiência prévia e pelas normas sociais e culturais (Portilho e Paes, 2000).

O conceito de qualidade de vida está relacionado ao bem-estar social e à auto-estima, abrangendo vários aspectos como a capacidade funcional, situação socioeconômico, estado emocional, a interação social, atividade intelectual, suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades de vida diária e o ambiente em que se vive (Velarde e Avila, 2002; Al Shamrany, 2006; Haikal et al., 2011).

O envelhecimento da população mundial representa um trunfo para a humanidade, porém traz um desafio social de estruturação para atendimento das necessidades desse grupo (United Nations, 2002). Estima-se que até 2040 os países em desenvolvimento terão um bilhão de pessoas com 60 anos ou mais. Dado a grande velocidade e a extensão desse crescimento, a preocupação com este grupo específico é essencial, para que eles possam envelhecer de forma saudável e com qualidade de vida (Kinsella e He, 2009).

No Brasil, de 1940 a 2000, a população com idade acima de sessenta anos dobrou e a expectativa de vida subiu para 72,6 mulheres e 64,8 homens, contra uma média de 50,9 anos na década de cinquenta (Pessini, 2002), transição demográfica e epidemiológica, resultado da diminuição da natalidade, aumento da população economicamente ativa, diminuição das doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas degenerativas (Pereira et al., 1999), como artrite, reumatismo, artrose, distúrbios cardiovasculares e diabetes (Oliveira et al., 2002; Pivetta, 2003; Rodrigues Junior et al., 2006).

Além das doenças sistêmicas, a saúde bucal da maioria dos idosos no Brasil é precária, grande parte usa próteses, o número de dentes presentes na cavidade bucal é pequeno e a incidência de cárie e doença periodontal é alta, fazendo com que problemas sociais, físicos e psicológicos afetem diretamente sua qualidade de vida (Silva e Fernandez,

2001; Crispim et al., 2009; Furtado et al., 2011; Haickal et al., 2011; Leitão et al., 2012; Fernandes-Costa et al., 2013). No entanto, a simples avaliação das condições clínicas não responde às questões: como o próprio paciente percebe a sua condição bucal e qual o efeito das más condições bucais sobre a sua qualidade de vida? Muitos sistemas foram elaborados para responder essas questões; entre eles, temos o Oral Health Impact Profile (OHIP) (Slade e Spencer, 1994), o GOHAI (Atchison e Dolan, 1990), e o IODD (Adulyanon e Sheiham, 1997), que se utiliza de questionários respondidos pelo próprio paciente e indicam através de escores o grau do impacto da saúde bucal em sua qualidade de vida, contemplando aspectos físicos, sociais e psicológicos (Moreira et al., 2005).

Os últimos anos apresentaram um aumento significativo nos estudos sobre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida das pessoas. Os estudos em idosos tem se intensificado, com o objetivo de se observar os fatores que interferem na saúde dessa população (Eustaquio-Raga et al., 2013; Ulinski et al., 2013). Muitas pesquisas utilizando indicadores de qualidade de vida, que abordem o impacto da saúde bucal, ampliam as fontes de informação epidemiológica sobre saúde, além de apenas indicadores clínicos (Steele et al., 2004; Oliveira e Nadanovsky, 2005; Kim et al., 2009; Johansson et al., 2010; Pattussi et al., 2010; Haikal et al., 2011; Stenman et al., 2012).

Nos estudos sobre qualidade de vida tem se sustentado a teoria de que condições sociodemográficas pode determinar morbidades bucais e o uso de serviços de saúde, de forma a influenciar a percepção dos idosos sobre seu estado de saúde (Moreira et al., 2009; Pattussi et al., 2010).

Observa-se nas pesquisas recentes que os estudos sobre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida tem-se associado a classe socioeconômica, baixa escolaridade, autopercepção da saúde bucal entre outros fatores que impõe risco a saúde. No entanto, há uma grande disparidade quando se refere a populações idosas e as outras idades, em que a baixa escolaridade não apresenta influência na maioria dos estudos, contradizendo com outras pesquisas que a escolaridade se associou ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Outra variável frequentemente estudada é a idade, que na população de idosos tem apresentado forte associação, quanto mais alta a idade menor a percepção do impacto sobre

a qualidade de vida (McGrath et al., 2004; Bulgarelli e Manço, 2008; Martins et al., 2009; Sanders et al., 2009; Villaça et al., 2010; Mendes e Oliveira, 2012).

Geralmente, pessoas idosas atribuem valores positivos à sua saúde bucal, mesmo com situação clínica desfavorável (Gilbert, 1994; Gift et al., 1998; Minayo et al., 2000; Bulgarelli e Manço, 2008; Nunes e Abegg, 2008; Martins et al., 2009; Haikal et al., 2011). Já as variáveis referentes ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida, comumente aparecem associadas à autopercepção (Mathias et al., 1995; Locker e Jovick, 1997; Locker e Slade, 1998; Silva e Fernandez, 2001; Sheiham et al., 2007; Martins et al., 2009), embora ainda seja necessário compreender melhor os elementos básicos que determinam esta autopercepção da saúde bucal.

Instrumentos foram elaborados para complementar os indicadores clínicos, buscando a coleta de dados sobre autopercepção, individual ou coletivamente. Gift et al. (1998) propuseram um modelo conceitual teórico baseado em modelos sociológicos de interação para compreender a percepção global da saúde bucal. A autopercepção da saúde oral é uma função de múltiplos fatores como, características demográficas individuais, autopercepção da saúde geral e orientações recebidas, fatores da condição de saúde bucal e fatores de autopercepção da necessidade de tratamento (Gift e Atchison, 1995; Martins et al., 2009; Villaça et al., 2010; Ulinski et al., 2013). Entre os idosos, o valor dado a medições subjetivas se torna bastante importante, considerando que os problemas bucais podem ter repercussões nutricionais e psicossociais (Mesas et al., 2008).

Em 1990, Atchison e Dolan desenvolveram o Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), um índice de percepção do impacto da saúde bucal na rotina das pessoas idosas. Na construção desse índice, os autores entenderam a saúde bucal como a ausência de dor e infecção, consistindo numa dentição confortável e funcional (natural ou protética) que possibilita o indivíduo exercer seu papel na sociedade. Assim, criaram 12 itens que refletissem os problemas desses indivíduos em três dimensões: física, incluindo mastigação, dicção e deglutição; psicossocial, incluindo preocupação com a saúde oral, autoimagem, fuga dos contatos sociais e dor/desconforto (Atchison e Dolan, 1990).

Investigações a respeito da autopercepção da qualidade de vida relacionada à saúde bucal têm sido desenvolvidas especialmente em países desenvolvidos como Estados

Unidos (Atchison e Dolan, 1990; Dolan, 1997; Kressin et al., 1997), Inglaterra (Leão e Sheiham, 1995), Austrália (Slade e Spencer, 1994; Slade et al., 1996; Slade, 1997) e Canadá (Locker e Jovick, 1996, 1997; Locker et al., 2000; Locker e Gibson, 2005). No Brasil, algumas investigações acerca do tema foram conduzidas, apesar disso existe ainda a necessidade de mais pesquisas para melhor compreensão dos fatores associados com a autopercepção da saúde bucal em nossa cultura (Biazevick et al., 2004; Mesas et al., 2008; Martins et al., 2009; Souza et al., 2010). Resultados desses estudos têm demonstrado a associação da autopercepção da saúde bucal com variáveis sociodemográficas (Biazevick et al., 2004; Matos e Lima-Costa, 2006; Mesas et al., 2008; Souza et al., 2010), de saúde geral, de saúde bucal (Narvai e Antunes, 2003; Biazevick et al., 2004; Matos e Lima-Costa, 2006; Mesas et al., 2008; Nunes e Abegg, 2008; Souza et al., 2010), de comportamento relacionado à saúde bucal (Silva et al., 2005) e a questões subjetivas (Martins et al., 2008; Martins et al., 2009).

O Brasil devido às suas desigualdades sociais e regionais não oferece boas condições de apoio e tratamento para os idosos, principalmente aqueles que possuem a saúde bucal comprometida. De modo geral, observa-se que a condição oral dos idosos no país é precária e caracterizada por perdas dentárias, infecções e higiene bucal inadequada. Nem sempre é possível encontrar acesso universal aos serviços médicos e odontológicos da rede pública de saúde, bem como a garantia de tratamentos e a assistência recomendada. Nesse contexto, são inevitáveis os impactos na qualidade de vida desses indivíduos, exigindo mais atenção na elaboração de políticas públicas voltadas para essa crescente classe demográfica (Mello et al., 2008).

Estudos avaliaram a qualidade de vida, através do Índice de Determinação de Saúde Bucal Geriátrica (GOHAI), e sua associação com necessidade e utilização de próteses removíveis parciais e totais e ocorrência de lesões bucais em idosos institucionalizados e não-institucionalizados (Bonan et al., 2008; Crispim et al., 2009; Furtado et al., 2011). Na pesquisa de Bonan et al. (2008), os resultados apontaram alto percentual de uso de próteses totais em ambos os grupos e de edentulismo não-reabilitado no grupo institucionalizado, condições insatisfatórias das próteses e lesões associadas.

Quanto ao índice GOHAI, ambos os grupos demonstraram baixa autopercepção de saúde bucal.

Pinto (2009) avaliou o impacto da percepção da condição oral na qualidade de vida relacionada com a saúde oral e autoestima e, descreveu os comportamentos de higiene bucal praticados por uma amostra de pessoas idosas. A autora verificou que o número de dentes perdidos, presença de dentes naturais e utilização de prótese dentária afetam a autoestima dos pacientes. Concluiu que a percepção da saúde oral desempenha um papel fundamental na qualidade de vida de idosos, sendo necessário realizar intervenções seja orientando sobre higiene bucal ou favorecendo o uso de próteses.

As perdas dentárias podem ter efeitos significativos na saúde bucal e qualidade de vida do indivíduo, pois afeta a capacidade mastigatória, o consumo de diversos alimentos, a fonação e causam danos estéticos com impactos psicológicos. No caso de idosos, esses fatores atuam reduzindo seu bem estar, provocando alterações psicológicas e funcionais. Além disso, muitos pacientes idosos apresentam alterações na cavidade bucal em função dos efeitos colaterais dos medicamentos que usam de manifestações de doenças sistêmicas e deficiências nutricionais (Silva, 2007; Santos, 2009; Rosa et al., 2008; Umbelino Júnior et al., 2009; Alcarde et al., 2010, Cardoso e Lago, 2010; Gomes et al., 2010; Souza et al., 2010).

Na pesquisa de Bonan et al. (2008), os autores verificaram associação significativa entre GOHAI e uso de medicação. Os idosos que não utilizavam medicação apresentaram média do índice mais alta, qualificando assim como moderada a autopercepção das condições bucais daqueles indivíduos, já os estudos de Furtado et al. (2011), evidenciaram que a maioria dos idosos apresentou de moderada a alta autopercepção em saúde bucal nas três dimensões funcional, psicológica e dor pelo GOHAI; grande parte dos idosos fazia uso de prótese superior embora seu uso não tenha sido associado à autopercepção.

De acordo com Ribeiro et al. (2009), grande parte dos idosos edentulos requer cuidados especiais, pois apresentam alterações sistêmicas e psicológicas que influenciam direta e/ou indiretamente na reabilitação com prótese total e qualidade de vida.

O Índice de Impacto Odontológico no Desempenho Diário (IODD) (Adulyanon e Sheiham, 1997) é um indicador sócio-dental que foi criado para medir não apenas os efeitos biológicos das doenças bucais sobre uma dada população, mas também suas dimensões sociais, funcionais e psicológicas, baseando-se conceitualmente no International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, da Organização Mundial de Saúde, que foi modificado por Locker para seu uso na odontologia (Massalu e Astrom, 2003).

Atualmente os estudos em saúde remetem a uma necessidade mais ampla nos aspectos clínicos e também subjetivos (Bonan et al., 2008; Mendonça et al., 2010; Leitão et al., 2012, Vasconcelos et al., 2012; Ulinski et al., 2013) e dessa forma, a preocupação com a saúde bucal recebeu mais atenção.

Alguns pesquisadores iniciaram seus estudos com medidas subjetivas, ao observarem que diferentes níveis de saúde bucal proporcionavam diferentes impactos no cotidiano das pessoas, de forma a refletir a percepção do paciente sobre sua condição bucal e poder incluir desde uma avaliação da quantidade de dentes presentes até uma auto-avaliação da sua aparência. Como diferentes níveis de saúde bucal proporcionam diferentes impactos no cotidiano das pessoas, é desejável que, nos estudos de saúde bucal dos indivíduos, as dimensões sociais e psicossociais sejam consideradas simultaneamente às condições clínicas (Könönen et al., 1986; Gordon et al., 1988; Leão e Sheiham, 1995, 1996).

2.4 O edentulismo e suas complicações

“...O Brasil é caracterizado como o “país dos desdentados”, fator que muito provavelmente detém relação com o tipo de assistência odontológica recebida durante a vida...” (Moimaz et al., 2009).

Apesar de o processo de envelhecimento ter poucos efeitos desencadeadores de disfunções e incapacidades relacionadas à cavidade bucal, a população idosa apresenta uma condição de saúde bucal precária (Colussi e Freitas, 2002; Colussi et al., 2004). Algumas pesquisas desenvolvidas em instituições constataram uma deficiente condição bucal entre os idosos institucionalizados. Os dados referentes ao estado dentário demonstraram um

CPO-D1 médio de 28,1, formado principalmente pelo componente perdido (27,4). Já as lesões de mucosas mais prevalentes pertenciam aos grupos de hiperplasias e candidíases (Mello et al., 2003).

Com o avanço da idade, ocorrem modificações nas estruturas miofuncionais e orofaciais do indivíduo idoso, levando-o a habituar-se às dificuldades encontradas no processo de deglutição. Devido a essas alterações serem próprias do envelhecimento e darem-se de forma gradual, encontra-se na literatura que elas possibilitam ao idoso uma adaptação segura e com poucas mudanças nos seus hábitos alimentares (Tanure et al., 2005; Furtado et al., 2011; Fernandes-Costa et al., 2013).

O edentulismo é a perda total ou parcial dos dentes permanentes e ocorre como consequência de eventos mutilatórios que se sucedem durante toda a vida. Decorre, na maioria das vezes, de uma prática voltada para extrações dentárias subsequentes a agravos bucais como cárie dental e problemas periodontais não sendo, portanto, decorrente do envelhecimento. Mesmo com o avanço obtido nos últimos anos na prevenção e tratamento de doenças que comprometem a dentição adulta, ainda é comum no Brasil a perda de dentes e o consequente edentulismo. Isso é especialmente mais grave na população idosa, que sente mais diretamente o impacto na redução da autoestima e qualidade de vida. A baixa renda e falta de orientação e apoio por familiares e profissionais de saúde dificultam o uso mais frequente de implantes e outros recursos oferecidos atualmente pela Odontologia (Pucca Junior, 2002).

Taxas de edentulismo variam muito entre países e entre áreas urbanas e rurais dentro dos países. As taxas vão geralmente caindo ao longo do tempo, mas esta redução reflete, em grande parte um efeito de corte sobre a perda do dente na infância e na idade adulta jovem. Fatores socioeconômicos, juntamente com estilos de vida e comportamentos de saúde que acompanham permanecem fortes preditores de edentulismo (Starr e Hall, 2010).

É bastante comum na rotina de trabalho de profissionais de Odontologia no atendimento aos segmentos da população, encontrar casos de idosos com baixa autoestima e reclamações frequentes ligadas ao edentulismo. Em geral, buscam além do apoio da

odontologia algum tipo de acompanhamento que consiga aliviar os incômodos da perda dos dentes (Colussi e Freitas, 2002).

O envelhecimento progride a uma perda progressiva das aptidões funcionais do organismo, aumentando o risco do sedentarismo. Essas alterações, nos domínios biopsicossociais, põem em risco a qualidade de vida do idoso, por limitar a sua capacidade para realizar, com eficácia, as suas atividades do cotidiano e colocar em maior vulnerabilidade a sua saúde (Alves, 2004). Baixa autoestima geralmente também é associada ao edentulismo, exigindo dos profissionais de Odontologia além do domínio específico, um preparo adequado para lidarem com aspectos psicológicos dos pacientes (Pinto, 2009). Nesse caso, a atenção básica deve contemplar além das orientações e propostas de tratamentos, o tempo suficiente para o diálogo franco sobre as inquietações e desconfortos mais comuns.

Na pesquisa desenvolvida por Miranda et al. (2011), no que concerne às necessidades odontológicas normativas referente ao edentulismo, 63,7% dos idosos no seu estudo eram edêntulos, percentual similar foi encontrado por outros (Santos et al., 2007) em sua pesquisa sobre autopercepção em idosos não institucionalizados, o não condiz com os achados nas pesquisas com menores prevalências encontradas nos Estados Unidos (Atchinson e Dolan, 1990) e de (Mesas et al., 2008), no Brasil (Miranda et al., 2011).

O estudo desenvolvido em Botucatu por Moreira et al. (2011) mostrou que a prevalência de edentulismo foi alta em relação aos achados de pesquisas internacionais. Em 1994, Corbet e Lo desenvolveram pesquisa sobre edentulismo na cidade de Hong Kong encontraram nessa época apenas 12% de edêntulos na população da Cidade. No Sul da China, a prevalência de edentulismo foi ainda menor: apenas 4,4% dos idosos residentes em área urbana apresentaram essa condição (Lin et al., 2001); na Índia, a prevalência foi de 15% (Shah, 2003); na França esse percentual foi de 16,3% (Borgeois e Douri, 1999); na Suécia, foi de 31,5% (Palmyquist, 1988); e em Adelaide (Austrália), a prevalência de edentulismo foi de 47,7% (Slade et al., 1993).

Na América Latina, a Costa Rica apresentou uma elevada prevalência de edentulismo: 70,7% dos indivíduos com 60 anos ou mais eram edêntulos. Já na Venezuela e no Chile, esse valor reduz para 38,7% e 33%, respectivamente (Mariño, 1994).

Estudos mais recentes como o de Cimões et al. (2007), ao analisarem a influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias, constataram que apesar de ter sido a cárie a principal causa de perda dentária existe uma associação significativa entre perda por outros motivos (trauma, pericoronarite, indicações ortodônticas e protéticas, pedido do paciente e outras) e pertencer a um grupo de melhor classe social (Chaimovickz, 1997).

Ferreira et al. (2009), estudando idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte - MG, encontraram uma prevalência de edentulismo de 74,9%. Com efeito, pesquisas com idosos institucionalizados apresentam prevalências mais severas de perda dentária quando comparadas com estudos de base. Esse fato pode estar camuflando outras variáveis associadas ao edentulismo, tais como a baixa escolaridade, higiene bucal precária e a idade mais avançada dos idosos institucionalizados populacional (Moreira et al., 2005; Moreira et al., 2011).

O aumento do edentulismo com a idade parece ser uma tendência universal, criando no imaginário social a velha figura do idoso desdentado e a aceitação da perda dentária como uma evolução natural da dentição humana, mais ou menos no sentido de “nascemos sem dentes e morremos sem dentes”. Com efeito, a perda dentária nos grupos mais velhos expressa o resultado do processo cumulativo da cárie e doença periodontal e não apenas o efeito cronológico, mesmo com o gradual processo de envelhecimento e enfraquecimento das estruturas de suporte dentário. Porém, a expressão desse resultado depende de outros atributos que transcendem os aspectos biológicos, conforme foi possível observar no presente estudo (Moreira et al., 2011).

A maioria dos estudos epidemiológicos internacionais (Palmqvist, 1988; Ettinger, 1993; Copeland et al., 2004), principalmente nos Estados Unidos e na Europa, abordam a saúde bucal dos idosos focalizando seus resultados na tríade: prevalência de edentulismo, uso e necessidade de prótese, e uso de serviços odontológicos (Antunes e Narvai, 2003).

Segundo os estudos de Chaimovicks, a prevalência de edentulismo parece ser um bom índice para mensurar as condições de saúde bucal dos idosos, principalmente com relação à severidade de cárie, enquanto que os dois últimos componentes da tríade revelam

as respostas sociais a esse grave problema de saúde bucal, ou seja, o nível de reparação do dano estabelecido (Chaimovickz, 1997).

2.5 A independência funcional do idoso

ENVELHECER

Antes, todos os caminhos iam.

Agora todos os caminhos vêm.

A casa é acolhedora, os livros poucos.

E eu mesmo preparo o chá para os fantasmas.

Mario Quintana (1948)

A manutenção da independência funcional é um importante objetivo para indivíduos idosos, e o alto nível funcional requer, entre outras coisas, um adequado padrão de marcha (Judge et al., 1993). O baixo nível de atividade prediz declínio na força muscular, o que torna estes indivíduos mais propensos a desfechos adversos de saúde como quedas, dependência de terceiros e incapacidade funcional (Rantanen et al., 2003). Porém, existem alterações do padrão de marcha, relacionadas ao processo natural de envelhecimento, como a diminuição da velocidade de marcha, encurtamento do tamanho da passada, aumento da fase de duplo apoio e aumento na variabilidade da marcha (Judge et al., 1993; Grabiner et al., 2001; Hermman et al., 2005).

A velocidade da marcha está relacionada ao nível de mobilidade (Judge et al., 1993) e funcionalidade (Tinetti et al., 1995). Idosos com baixa velocidade de marcha permanecem limitados ao interior de suas casas. Segundo Simonsick et al. (2005), idosos deambuladores apresentam menor índice de mortalidade, melhor nível de saúde e funcionalidade, menor prevalência de severa incapacidade de deambular e baixa taxa de uso de dispositivos de auxílio à marcha quando comparados a idosos não deambuladores.

Força muscular e equilíbrio são preditores independentes do início da incapacidade de marcha. Idosos com déficits de equilíbrio e força muscular apresentam cinco vezes mais chances de apresentarem incapacidade para deambular (Rantanen et al., 2003). Atividade física regular, incluindo exercícios aeróbicos e de fortalecimento muscular é essencial para o envelhecimento saudável, pois aumenta a independência, reduz o declínio

funcional e a mortalidade prematura melhorando os efeitos adversos de muitas doenças crônicas (King et al., 2000; Nelson et al., 2007).

As atividades de vida diária (AIVD) (capacidade do indivíduo de levar uma vida independente dentro da comunidade que vive, por exemplo tomar seus medicamentos, cuidar de suas finanças, preparar refeições (Duarte et al., 2007), podem ser avaliadas por vários indicadores. A escala de Katz, um dos instrumentos mais utilizados na área de geriatria e gerontologia, e bem difundida no Brasil (Lino et al., 2008), foi desenvolvida para avaliação dos resultados de tratamentos em idosos e prever o prognóstico nos doentes crônicos, e é baseada no estado real e não na habilidade do indivíduo de realizar a tarefa sem auxílio de terceiros. Essa escala consta de seis itens, hierarquicamente relacionados que medem o desempenho do indivíduo nas atividades de auto-cuidado: alimentação, controle esfinteriano, transferências, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho (Duarte et al., 2007; Lino et al., 2008).

2.6 Uso e necessidade de próteses

A população idosa residente no Brasil constantemente está sujeita a dificuldades sócias econômicas, que repercutem negativamente sobre sua condição de saúde bucal. Essa é uma explicação para o fenômeno tão comum do edentulismo nessa população (Colussi e Freitas, 2002; Shimazaki et al., 2004). Embora alguns desses indivíduos idosos recebam reabilitação protética, muitas vezes, não é orientado corretamente quanto ao seu uso e necessidade de troca, o que resulta em prejuízos funcionais (Leitão et al., 2012).

A situação odontológica normativa nem sempre é condizente com a percepção que os idosos têm de sua saúde bucal. Isso ocorre porque os fatores associados à condição bucal e à qualidade de vida não se resumem em desconforto e dor, mas se refletem também em aspectos psicológicos e sociais, tais como aparência pessoal, comunicação e interação (Nitschke e Muller, 2004; Gerdin et al., 2005; Bonan et al., 2008).

Segundo estudo desenvolvido por Gaião et al. (2005), os resultados apontaram que o elevado valor do CPO-D médio e do componente dente perdido registrados nos idosos pesquisados constituem um problema grave de saúde bucal e remetem para a reflexão sobre a prática odontológica mutiladora e a iniquidade no acesso aos serviços, aos

quais os idosos foram submetidos no passado. A grande necessidade de prótese evidencia a falta de ações reabilitadoras ofertadas pelo serviço público, ratificando a ausência de políticas públicas de saúde bucal voltada para este grupo.

Marchini et al. (2001) ressaltaram a importância da reabilitação protética no amplo contexto da saúde para indivíduos idosos, como também para a sua integração social.

Também neste estudo de Gaião, as condições de saúde bucal e de reabilitação oral dos idosos institucionalizados foram inferiores às de idosos não institucionalizados. Todavia, em ambos os grupos a maioria apresentou condição insatisfatória das próteses e necessidade premente de nova prótese ou reabilitação oral inicial. Quanto à avaliação da qualidade de vida, a presença ou a ausência de próteses ou sua condição e qualidade não foram fatores associados (Gaião et al., 2005).

Na pesquisa de Slade et al. (2006), sobre as diferenças nas condições de saúde bucal entre idosos institucionalizados e não institucionalizado, concluíram que fatores sociodemográficos são responsáveis por uma pior condição bucal nos idosos institucionalizados.

Para Leitão et al. (2012), embora existam diversos estudos que lidem com essa temática, contribuições que tentem explicar associações entre fatores causais e condições odontológicas na população idosa institucionalizada são necessárias. Em sua pesquisa, a condição bucal dos idosos se mostrou comum a outros estudos sobre percepção e uso e necessidade de prótese em idosos.

2.7 Avaliação normativa x sócio dental

“A abordagem sócio dental é um tema relacionado ao planejamento dos serviços de saúde dentro do campo da saúde bucal coletiva. O que se faz hoje em dia, não só no Brasil, mas em muitos países, é a adoção de indicadores clínicos para o estabelecimento das necessidades de tratamento”.

De acordo com Vettore, a demanda é organizada em função de uma taxonomia de diferentes maneiras: a demanda normativa, na qual o profissional de saúde define a necessidade de tratamento para o paciente, a avaliação percebida em que o próprio

indivíduo faz uma avaliação de sua necessidade de tratamento, e a necessidade expressada, resultado da necessidade percebida que gera a demanda pelo serviço de saúde” (ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública) (Vetore, 2009).

Com o conceito ampliado de saúde, a definição de necessidades de tratamento baseada apenas na interpretação clínica tornou-se muito limitada. Passou-se a incluir outros aspectos: o impacto da doença nos indivíduos e na sociedade, os graus de deficiência e disfunção que a doença provoca, as percepções e atitudes dos pacientes frente aos seus problemas de saúde e as origens sociais das doenças mais comuns. Acredita-se que esses fatores influenciam a utilização de serviços de saúde, o desenvolvimento de técnicas de cuidado médico e a efetividade do tratamento (Sheiham et al., 1982; Sheiham et al., 2007; Ulinski et al., 2013).

Dada a importância da condição de saúde bucal, avaliar de que forma ela afeta a vida diária das pessoas através de medidas de qualidade de vida, apresenta-se como fator importante para o planejamento de ações que objetivem melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (Sheiham, 2000, Sheiham et al., 2001, Sheiham et al., 2007).

Nos últimos anos, vários indicadores vêm sendo desenvolvidos na tentativa de mensurar o impacto da saúde bucal nas atividades diárias, possuindo um enfoque social para decisão das necessidades de tratamento. Estes têm sido genericamente denominados indicadores sócio-dentais, os quais conseguem mensurar o grau em que as doenças bucais interferem no funcionamento normal e desejável do indivíduo, incluindo desde os aspectos funcionais (como, por exemplo, comer), os psicológicos (como humor, irritação) até os sociais (como frequentar a escola, trabalhar, desempenhar obrigações familiares). O uso destes indicadores, baseados na autopercepção e nos impactos odontológicos, oferecem vantagens importantes para o planejamento e provisão dos serviços odontológicos (Narvai e Antunes, 2003), e a principal é a mudança na ênfase de aspectos puramente biológicos para aspectos psicológicos e sociais (Sheiham, 2000).

Entre os indicadores sócio-dentais, o Índice Odontológico de Desempenho Diário, (IODD), desenvolvido por Adulyanon e Sheiham (1997), aborda a quantificação do impacto odontológico no desempenho diário dos indivíduos, através da frequência e severidade. Também procura aferir a importância da percepção do informante sobre este

impacto, e avaliar as causas dele. Por ser mais abrangente que os antecedentes, foram desenvolvidos para ser utilizado no planejamento e avaliação de programas de saúde bucal (Adulyanon e Sheiham, 1997).

Os indicadores sociodentais baseiam-se nos efeitos, psicológicos, culturais e econômicos dos problemas bucais e têm o objetivo de melhorar a concepção de necessidade de tratamento adicionando a medida de impacto social (Srisilapanan e Sheiham, 2001; Ekanayake e Perera, 2004; Jung et al., 2008; Slade e Spencer, 2009). Cabe destacar que os indicadores tradicionais na abordagem normativa (morbidade, CPO-D, uso e necessidade de próteses, índice de placa, entre outros) são capazes de avaliar a patologia, mas são limitados quando se pretende avaliar os efeitos da doença, principalmente no caso do indivíduo em desenvolvimento (Pinto, 2000).

“No planejamento de serviços de saúde bucal usa-se mais a noção da necessidade normativa, porque ela se enquadra dentro do modelo biomédico, o qual se baseia na identificação de doenças sem levar em consideração a percepção subjetiva do paciente. A necessidade normativa é interpretada como a quantidade de cuidados odontológicos, na qual os especialistas julgam e determinam o que deve ser feito para que as pessoas continuem ou se tornem saudáveis, tanto quanto permite o conhecimento existente” (Sheiham, 2000, p. 226).

No entanto, a utilização de critérios de determinação de necessidade de forma subjetiva, com a participação do paciente e sob o olhar da necessidade como prestação de benefícios ao paciente, parece estar mais próximo do conceito ampliado de saúde proposto pela OMS, do que a determinação normativa feita apenas pelo profissional a partir de critérios técnicos (Ungericht, 2006).

O estudo da qualidade de vida em indivíduos é de fundamental importância na compreensão do impacto das condições de saúde em sua vida diária, especialmente em relação às limitações funcionais e ao bem-estar psicossocial. O uso de indicadores de qualidade de vida e atividades diárias em conjunto com indicadores normativos para diagnóstico das doenças permite a identificação dos pacientes mais afetados, possibilitando o planejamento de estratégias de atuação e de destinação de recursos onde seu emprego terá maior efetividade para o melhor resultado do tratamento no indivíduo (Sheiham et al.,

2001; Gerdin et al., 2005; Silva et al., 2005; Astrom et al., 2006; Hassel et al., 2006; Gomes e Abegg, 2007; Silva et al., 2007; Buczynski et al., 2008; Locker e Miller, 2008; Slade e Spencer, 2009; Costa et al., 2010). Desse modo, o planejamento se torna individualizado baseando-se não só nas características da doença do paciente, mas também em relação às dimensões de impacto negativo que mais limitam sua vida, havendo maior clareza nas expectativas dos pacientes e profissionais quanto ao resultado final.

3 PROPOSIÇÃO

Analisar o impacto na determinação do diagnóstico da necessidade de prótese, em idosos institucionalizados, utilizando-se como critérios os indicadores sócio-dentais e indicador normativo clínico.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Aspectos éticos e legais da pesquisa

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 10/10/1996 (Protocolo nº 135/2011).

4.2 Caracterização do local do estudo

O estudo foi desenvolvido em Instituições de longa permanência para idosos (asilos), na cidade de Piracicaba, localizada em uma das regiões mais desenvolvidas e industrializadas do estado de São Paulo, com população aproximada de 365.000 habitantes, segundo dados do Censo 2010. O município apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de 0,785 em 2010, caracterizado como “alto desenvolvimento”, segundo classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD, sendo o componente longevidade do IDHM, de 0,848. A taxa de envelhecimento para o ano 2013 foi de 70,66% (proporção de pessoas de 60 anos ou mais por 100 indivíduos de 0 a 14 anos). Piracicaba possui 19 (dezenove) instituições de permanência para idosos, atendendo em regime de internato, apoio social, psicológico, cuidados com a saúde, alimentação, higienização, atividade de lazer e outras (IPPLAP, 2013).

A rede pública de saúde do município de Piracicaba é composta por 57 unidades básicas de saúde, sendo 34 Unidades de Saúde da Família e 23 Unidades Básicas de Saúde, um Centro de Especialidades médicas, dois Centros de Especialidades Odontológicas, 04 unidades de pronto atendimento médico, uma unidade de pronto atendimento odontológico e dois hospitais de referência. O serviço odontológico no município esta inserido em 12 Unidades de Saúde da Família módulo I (cirurgião dentista e auxiliar) e em 17 Unidades básicas de saúde.

4.3 Tipo de estudo

O estudo é do tipo epidemiológico, observacional, transversal.

4.4 População e amostra

A pesquisa se desenvolveu com idosos institucionalizados, os quais são caracterizados segundo a Organização Mundial de saúde (OMS) por idosos aos 65 para países desenvolvidos e 60 anos para países em desenvolvimento. Ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência, o atendimento é em regime de internato, de modo a satisfazer as necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social.

A amostra foi composta por idosos institucionalizados, de 60 anos ou mais, ambos os gêneros, independentes ou parcialmente dependentes segundo critérios de Katz (1963).

O tamanho da amostra foi calculado de acordo com Demidenko (2007, 2008), considerando-se o poder do teste de 0,80, nível de significância de 0,05 e odds ratio igual a 2, chegando-se a um total de 208 idosos. Os participantes foram selecionados nas duas instituições escolhidas para o estudo de forma aleatória, e participaram da pesquisa os idosos que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após avaliarmos os critérios de inclusões da pesquisa, a amostra final foi de 208 idosos residentes nas duas instituições selecionadas.

A avaliação da capacidade funcional do indivíduo idoso foi testada através do índice de KATZ (Katz, 1963), que estabeleceu uma lista de seis itens que são hierarquicamente relacionados para a determinação da condição de independência (banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, locomoção, alimentação, controle esfínteriano). O índice de Katz pode ser pontuado, onde cada tarefa recebe pontuação específica que variando de zero para a independência à três para dependência total (Anexo 1).

A amostra da população institucionalizada foi selecionada das instituições “Lar dos Velinhos de Piracicaba” (Figura 2) e “Lar Betel” (Figura 3). O Lar dos Velinhos, se auto-intitula como a “Primeira Cidade Geriátrica do Brasil”, por apresentar uma característica mista de instituição de cuidado de idosos e de condomínio de residência para

idosos. Esta instituição apresenta sete pavilhões, com quartos individuais e coletivos, comportando de uma a quatro pessoas e distribuídos segundo gênero e condição financeira de subsídio, que compreende uma característica de instituição pública/privada. Além dos pavilhões, há também a área de residências, compreendendo 48 residências independentes (chalés), distribuídas no terreno da Instituição, como em um condomínio fechado, onde residem de forma autônoma casais de idosos, idosos independentes e idosos dependentes de cuidadores particulares ou familiares, classificados como condição financeira alta. A idade mínima do idoso para residir na instituição é de 60 anos. O Lar dos Velinhos conta com um profissional de odontologia que atende os idosos do Lar nas emergências, no entanto no caso de tratamento odontológico, o indivíduo é encaminhado para a rede pública/privada.

O Lar Betel, é uma instituição de caráter social, tem capacidade para atender 95 idosos, que recebem cinco refeições por dia, roupas lavadas e passadas, e oferece acomodação em quartos individuais, para dois ou três idosos. Têm assistência constante de nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, dentista, auxiliar de enfermagem 24 horas, manicure e cabeleireiro. O serviço de enfermagem, cozinha, nutricionista e assistência social, são realizados por profissionais contratados pelo Lar. Os demais, como dentista, cabeleireiros e manicure, são feitos por profissionais voluntários que mantêm o compromisso de visitar o Lar constantemente para dar total apoio a estas necessidades (Figura 4).



Figura 2 - Instituição Lar dos Velinhos.

Fonte: Autoria própria.



Figura 3 - Instituição Lar Betel.
Fonte: www.jornaldepiracicaba.com.br



Figura 4 - Palestra sobre higiene bucal na terceira idade para os idosos participantes da pesquisa.
Fonte: Autoria própria.

4.5 Critérios de exclusão e inclusão

Para a pesquisa foram selecionados nas duas instituições, idosos de mesma condição socioeconômica de forma a manter a mesma característica social da população do estudo.

Exclusão:

Foram excluídos do estudo indivíduos que apresentaram quadro clínico de saúde desfavorável, sem capacidade cognitiva para responder aos questionários, os idosos que não puderam ser submetidos ao exame clínico bucal, idosos que se recusaram a participar da pesquisa e idosos totalmente dependentes.

Inclusão:

Foram incluídos na pesquisa, o idoso na condição de independência e dependência parcial, saúde favorável ao exame, condição de responder aos questionários, querer participar da pesquisa e ter assinado o Termo de Consentimento.

4.6 Instrumentos utilizados para a coleta de dados

4.6.1 Indicadores sociais

a) Questionário sócio demográfico e sociocultural: o questionário utilizado nesta pesquisa teve como objetivo descrever as características da população-alvo e analisar as variáveis sócio-demográficas dos indivíduos pesquisados, constituído de perguntas referentes à idade, gênero, estado civil, escolaridade, renda e religião. Neste questionário, a pergunta para a variável dependente “ auto-declaração de necessidade de prótese” foi: O Sr(a) necessita de uma prótese? (Anexo 1);

b) Questionário de auto avaliação da saúde bucal (Silva e Fernandes, 2001). Perguntas que captam a melhor ou pior auto avaliação da saúde bucal, por parte do entrevistado. O questionário é composto de três perguntas sobre as condições de sua saúde bucal, seus dentes e gengivas, com opção de quatro respostas: ruim, regular, boa e excelente para a primeira pergunta. Estas são codificadas através de valores de zero até quatro, sendo o valor zero correspondente à pior percepção de saúde bucal e, o valor 4, correspondente à melhor percepção de saúde bucal (Anexo 2);

c) Questionário de autopercepção da saúde bucal - GOHAI (The Geriatric Oral Health Assessment Index), instrumento de mensuração da saúde bucal para pacientes geriátricos desenvolvido por Atchison e Dolan (1990). O índice de determinação de saúde bucal geriátrico é constituído de doze questões que avaliam a percepção do idoso sobre problemas bucais que afetam suas funções físicas e funcionais, aspectos psicológicos, bem como dor e desconforto, perguntas relativas à frequência com que os entrevistados experimentaram determinadas situações, nos três meses anteriores à entrevista. Para cada uma das questões o participante possui 3 opções de resposta as quais receberam valores de 1 - 3 pontos, referente a: “sempre” = 1; “às vezes” = 2; “nunca” = 3. A média individual do total de pontos obtidos pode variar de 12 a 36, sendo que a maior pontuação significará uma melhor avaliação da própria saúde bucal. O somatório dos escores das questões determinará o índice de avaliação da saúde bucal. A pontuação geral foi classificada em alta percepção (34-36 pontos), moderada percepção (30 a 33 pontos) e baixa percepção (< 30 pontos) (Atchison e Dolan, 1990; Dolan, 1997) (Anexo 3);

d) Questionário de qualidade de vida - IODD - Índice dos Impactos Odontológicos no Desempenho Diário (IODD), conforme preconizado por Adulyanon e Sheiham (1997) é um indicador sócio-dental baseado conceitualmente no International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, da Organização Mundial de Saúde (OMS), que foi modificado por Locker em 1988 para o seu uso em odontologia. O IODD originalmente contava com nove desempenhos para serem avaliados. No entanto, a avaliação do desempenho desenvolver uma atividade física estava redundante com a questão desempenhar o trabalho principal ou o papel social. Sendo assim, desempenhar uma atividade física ou trabalho doméstico foi removido da versão final do índice, passando este a ser denominado por alguns autores de IODD modificado. O índice é composto por cinco cartões, contendo oito perguntas referentes a aspectos funcionais, psicológicos e sociais. As questões se referem a mastigar, limpar a boca e escovar os dentes, falar/pronunciar as palavras corretamente, sorrir, ficar à vontade com as outras pessoas, manter o

estado emocional, realizar atividades físicas e dormir. A primeira pergunta está dividida em dois eixos: ocorrência nos últimos seis meses e frequência do impacto. A ocorrência é registrada como sim ou não, e a frequência é medida por escores indicando o tempo de duração do impacto nos casos de longa duração (regularmente) e nos casos de períodos curtos (esporadicamente). O impacto total em cada desempenho é calculado multiplicando-se a classificação de frequência pela gravidade, sendo a classificação total a soma de todas as classificações de desempenho. Em seguida, a soma é dividida pelo escore máximo possível, que é 200 (oito classificações de desempenho x cinco de frequência x cinco de severidade); multiplica-se por 100 e obtém-se o valor percentual que correspondeu ao IODD do paciente. O Índice foi dicotomizado em ausência de impacto (IODD =0) e presença de impacto (IODD>0) (Anexo 4);

4.6.2 Indicador clínico (normativo)

O critério para o uso de prótese dentária baseou-se na presença de próteses totais e próteses parciais removíveis, já para a necessidade de prótese, o critério utilizado baseou-se na presença de espaços protéticos já existentes, em futuros espaços protéticos deixados após a realização de extrações dentárias indicadas, assim como na necessidade de substituição das próteses desgastadas ou danificadas. Foram assinalados o uso e a necessidade de prótese para os arcos superior e inferior. Não foi incluído neste estudo o uso da prótese fixa, tendo em vista que neste caso o paciente não se encontra edêntulo ou possui implantes. Para o instrumento de avaliação de uso e necessidade de prótese percebida clinicamente foram adotados critérios utilizados por Colussi et al. (2004), em sua pesquisa e adaptados para este estudo, descritos a seguir: Critérios para necessidade de prótese: 1 - ausência total de dentes num arco (edentulismo), sem a presença de próteses; 2 - ausência dental de um ou mais elementos, com prejuízo estético e/ou funcional; 3 - presença de próteses com comprometimento estético e/ou funcional (próteses quebradas, mal adaptadas, associadas a lesões na mucosa, com desgaste excessivo, sem retenção) (Anexo 6).

As avaliações foram realizadas individualmente durante os meses de Janeiro a julho de 2013, em espaço reservado, no interior das instituições que participaram do estudo,

de modo a facilitar o diálogo, sem inibição, constrangimento ou interferências nas respostas fornecidas. Após a seleção da amostra, os questionários foram aplicados seguindo uma mesma ordem para os indivíduos pesquisados, seguindo-se da avaliação normativa.

4.7 Treinamento e calibração dos examinadores

A pesquisa de campo foi desenvolvida por uma única pesquisadora, que anterior à coleta dos dados, recebeu um treinamento prévio e consequente calibração conduzida por um examinador “Gold Standard” com experiência na metodologia proposta, tendo como finalidade se obter uma estimativa da extensão e da natureza diagnóstica, até que uma constância aceitável fosse alcançada, seguindo-se a quantificação baseada na estatística KAPPA (Landis e Kock, 1977). O resultado Kappa ficou acima de 0,89 ($K=0,91$), considerado satisfatório. O treinamento ocorreu em 16 horas sendo quatro horas de calibração, onde se avaliou a aplicabilidade dos instrumentos da pesquisa. Aferiu-se a porcentagem de concordância intraexaminadora a fim de se verificar a reprodutibilidade do estudo para a abordagem normativa (avaliação do uso e necessidade de prótese) e para a abordagem sociodental, IODD e GOHAI e aplicabilidade do questionário Sociodemográfico. Para o exame foram utilizados, espátulas de madeira, sob luz natural, no espaço físico do idoso (dependências), seguindo-se os critérios de adequada assepsia e normas de biossegurança.

4.8 Projeto piloto

Foi realizado um estudo piloto, no qual foram examinados 12 indivíduos selecionados para a pesquisa, objetivando-se encontrar possíveis dificuldades na aplicação dos instrumentos para a realização da pesquisa para observação da metodologia, de forma a conseguir o melhor desempenho nas entrevistas com os idosos e, desta forma, evitar interrupções ou alterações durante a coleta de dados. Os idosos se submeteram ao exame clínico, em que se avaliaram as condições de edentulismo total ou parcial e o uso de próteses. Esses idosos foram excluídos do levantamento principal.

4.9 Delineamento do estudo

Deu-se início à pesquisa em 2011, procedendo-se ao reconhecimento do local para a realização do estudo e contato com os responsáveis pelas instituições, bem como o aprimoramento da metodologia.

4.10 Análise estatística

A análise estatística compreendeu a análise descritiva das características gerais da população estudada, mediante a apresentação das frequências absolutas e relativas. A seguir foram realizadas análises bivariadas entre a variável dependente, “auto-declaração de necessidade de prótese” e as variáveis, sócio-demográficas, variáveis clínicas e variáveis sócio-dentais. Após a coleta, os dados foram agrupados e inseridos em um modelo para a avaliação entre o padrão de necessidades percebidas pelo paciente, e a avaliação normativa.

A variável dependente estudada foi a auto-declaração da necessidade de prótese expressada pelo idoso, e as variáveis independentes foram: idade, gênero, religião, renda, edentulismo, uso de prótese, auto avaliação da saúde bucal, qualidade de vida e autopercepção da saúde bucal.

Foram utilizados os testes Qui-quadrado, Exato de Fisher e Odds Ratio, com nível de significância de 5% para se avaliar as associações entre a variável dependente e as variáveis independentes. As variáveis sócio-demográficas utilizadas foram gênero (feminino/masculino), escolaridade (medida em anos de estudo e estratificada em uma categoria de até seis anos de estudo e outra acima de seis anos de estudo) e nível de renda pessoal (medida em possuir ou não alguma renda). As variáveis com $p < 0,20$ foram incluídas no modelo de regressão logística múltipla, permanecendo no modelo aquelas com $p < 0,05$. Os dados foram trabalhados no programa SAS e Bioestat.

5 RESULTADOS

Na análise descritiva 98 (47,12%) dos participantes eram do gênero feminino enquanto 110 (52,88%) eram do gênero masculino. A média de idade dos participantes foi de 72,9 anos (dp=8,73). Para o estado civil 18,27% dos participantes eram casados e 81,73% não casados (viúvos, divorciados, separados, outros). Quanto a situação de possuir ou não alguma renda, 91,35% dos participantes declarou possuir renda e 8,65% nenhuma renda. Dos que possuíam renda, esta era advinda de aposentadorias ou pensões, com valores de 1 a 1,5 salário mínimos (Tabela 1).

Referente a escolaridade, 72,11% dos participantes apresentaram baixa escolaridade (classificada em até seis anos de estudo) e 27,89% foram classificados em alta escolaridade (acima de seis anos de estudo). Segundo a preferência religiosa, 70,20% dos participantes eram católicos enquanto 29,80% não eram católicos (pertenciam a outras religiões).

Na auto-avaliação da saúde bucal, 60,58% dos participantes referiram uma condição de saúde boa ou excelente, e 39,42% avaliaram sua saúde como ruim ou regular (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição percentual e absoluta da amostra segundo a faixa etária, gênero, escolaridade, estado civil, religião, renda, autoavaliação da saúde bucal.

Variáveis	N	%
Idade (mediana)		
60 – 72	104	50,00
73 ou mais	104	50,00
Gênero		
Masculino	110	52,88
Feminino	98	47,12
Escolaridade		
Baixa (<6 anos)	150	72,11
alta (>6 anos)	58	27,89
Estado civil		
Casado	38	18,27
Não casado	170	81,73
Religião		
Católico	146	70,20
Não católico	62	29,80
Renda (1 a 1,5 sal. min)		
Sim	190	91,35
Não	18	8,65
Autoavaliação SB		
Boa-excelente	126	60,58
Ruim-regular	82	39,42

Para a classificação do Índice GOHAI, o critério para avaliação é determinado em baixa percepção GOHAI <30, moderada (30 a 33 pontos) e alta percepção (34 a 36 pontos). 57,21% dos participantes declararam uma moderada e alta percepção sobre os problemas que afetam suas funções e 42,79% uma baixa percepção. Na média global o GOHAI foi de 28,83 (dp=2,8), considerado uma baixa percepção (<30). No entanto, na avaliação individual, 80 (38,46%) dos participantes referiram uma autopercepção baixa,

contra 119 (57,20%) participantes que referiram a sua saúde bucal em uma condição de média a alta (Tabela 2).

Tabela 2 - Classificação da amostra de acordo com a autopercepção em saúde bucal.

GOHAI	n	%	Média	±dp	Min	Máx
Baixo (<30)	89	42,78	26,44	4,53	18	28
Moderado (30 - 33)	116	55,76	30,75	3,60	30	32
Alto (34 - 36)	3	1,44	34	0,8	33	35
Total	208	100,0	30,3	2,9	18	35

A Tabela 3 descreve os resultados da avaliação da Qualidade de vida. A primeira pergunta aborda se o indivíduo nos últimos seis meses teve problemas bucais como dor de dente, prótese solta ou mal adaptada, falta de dente, problema com dentes ou gengiva ou outro problema relatado, recebendo para tanto “sim ou não”. Foram considerados na contagem do índice, referente a primeira pergunta apenas as respostas “sim”, caracterizando algum impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Os resultados mostram que dos participantes que apresentaram algum impacto relataram ter pelo menos um desempenho ou atividade diária afetada por problemas odontológicos nos últimos seis meses (IODD >0). A tabela também mostra a frequência e severidade com que os impactos acontecem, bem como os principais sintomas e problemas causadores do impacto.

Tabela 3 - Distribuição da prevalência, frequência, severidade, sintomas e motivos dos impactos bucais no desempenho diário.

Desempenhos	Pessoas afetadas		*Frequência	*Severidade	PP/ sintomas e problemas
	n	%	(1-5)	(0-5)	
	(N=208)				
Domínio físico					
1.Comer e sentir sabor	52	24,71	5	5	prótese solta
2.Falar e pronunciar com clareza	33	14,09	5	5	prótese solta/falta de dente
3.Higienizar os dentes	10	4,80	4	3	dor de dente
Domínio psicológico					
4.Dormir e relaxar	16	7,69	3	3 e 5	dor de dente
5.Sorrir e mostrar os dentes s/constrangimento	30	14,42	5	5	falta de dente
6.Manter estado emocional equilibrado s/ ficar irritado	17	8,17	5	4	prótese solta
Domínio social					
7.Desempenhar trabalho/função social	6	2,88	2 e 3	2 e 3	falta de dente / dor de dente
8.Gostar de ter contato c/pessoas s/ constrangimento	11	5,28	5	4	falta de dente

Na tabela 4, estão representados os resultados dos desempenhos que mais foram significantes no impacto. O desempenho mais afetado foi o físico, comer e apreciar a comida (IODD 1 - 24,71%), seguido por falar ou pronunciar as palavras corretamente (IODD 2 - 14,90%) e o psicológico, sorrir e mostrar os dentes sem ficar envergonhado (IODD 5 - 14,42%), sendo a falta de dente o evento mais relatado pelos participantes (51,96%), seguido do relato de prótese solta ou mal adaptada, como sendo os problemas causadores de grande impacto na qualidade de vida. Os desempenhos afetados foram classificados de acordo com a frequência de impacto através do padrão de ocorrência (1 a 5), sendo o 1 (menos de uma vez ao mês) e o 5 (todo, ou quase todo dia, ou intervalo de 3 meses no total), além do grau de severidade atribuído pelo indivíduo, sendo 0 - nenhuma gravidade até 5 - extremamente grave. Para cada impacto relatado foram registrados o principal motivo (dor, desconforto, limitação na função, insatisfação com a aparência, ou

outro). A frequência e a severidade com que os eventos aconteceram nos domínios mais afetados (IODD 1, IODD2, IODD5) estão descritos na Tabela 4.

Tabela 4 - Estatística descritiva dos domínios mais afetados do IODD quanto à frequência e severidade dos impactos.

Variável	Pessoas afetadas		Frequência		Severidade	
			(1-5)		(0-5)	
	n	%	mediana	moda	mediana	moda
*IODD1	52	24,71	4	5	3	5
**IODD2	33	14,90	5	5	5	5
***IODD5	31	14,42	4	5	4	5

*Comer ou sentir o saber dos alimentos

**Falar ou pronunciar as palavras corretamente

***Sorrir e mostrar seus dentes sem constrangimento

Na análise normativa, quando avaliado o edentulismo, o número de indivíduos totalmente edentulos foi de 110, o que representou 52,88% da amostra, sendo que desses, 68,75% eram usuários de prótese total e 64,90% necessitavam de tratamento protético. Para os usuários de prótese, 36,53% eram do gênero feminino, enquanto que 32,21% eram do gênero masculino. Para os que necessitavam de algum tipo de prótese, 28,84% eram do gênero feminino e 36,05% do gênero masculino. O total de edentulismo (parcial e total) foi de 199 (95,67%)

As tabelas 5 e 6 apresentam a distribuição da frequência para o uso e a necessidade de prótese dentária, bem como o tipo de prótese, sendo consideradas as próteses totais (PT) e próteses parciais removíveis (PPR).

Tabela 5- Distribuição da frequência segundo o uso de prótese (total e/ou parcial).

	Uso prótese		Prótese total		Prótese parcial	
	N	%	N	%	n	%
Não	65	31,25	79	37,99	194	93,27
Sim	143	68,75	129	62,01	14	6,3

Tabela 6 - Distribuição da frequência segundo a necessidade de prótese (total e/ou parcial).

	Necessidade prótese		Prótese total		Prótese parcial	
	n	%	N	%	N	%
Não	73	35,09	135	64,91	144	69,24
Sim	135	64,91	73	35,09	64	30,76

Na Tabela 7 são apresentados os resultados das análises bivariadas e regressão logística múltipla para a variável dependente “auto declaração de necessidade de prótese”. A variável dependente foi dicotomizada em “sim” e “não” para a necessidade de prótese. Na análise bi-variada, as variáveis independentes dos critérios normativos (clínicos) e sócio-dentais, que se associaram a variável dependente (autodeclaração de necessidade de prótese), foram necessidade de prótese ($p=0,0030$) (IC95%=0,2147–0,7110), edentulismo ($p=0,0389$) (IC95%=1,0685-3,2211), auto avaliação da saúde bucal ($p=0,0024$) (IC95%=0,2265–0,7087), qualidade de vida ($p<0,0001$) (IC95%=3,5967-15,6411) e religião ($p<0,0001$) (IC95%= 3,5-7,5).

Tabela 7 - Associação entre as variáveis sociodemográficas e a percepção auto declarada pelo indivíduo sobre a necessidade do uso de prótese.

Nec. / prótese	Auto declaração nec. de prótese		odss	IC 95%		P
	Não n (%)	Sim n (%)				
SIM	62(29,80)	73(35,09)	Ref.			
NÃO	50(24,03)	23(11,05)	0,39	0,21	0,71	0,0030
Uso/ prótese						
SIM	78(54,6)	65(45,4)	0,91	0,50	1,64	0,8807
NÃO	34(52,3)	31(47,6)	Ref.			
Edentulismo						
SIM	65(61,3)	41(38,6)	Ref.			
NÃO	47(46,0)	55(53,9)	1,85	1,06	3,22	0,0389
Idade(mediana)						
60 –72	49(47,1%)	55(52,9%)	Ref.			
≥73	63(60,6%)	41(39,9%)	0,57	0,33	1,00	0,0706
Sexo						
Masc	61(55,45)	49(44,5)	0,87	0,50	1,50	0,7236
Fem	51(52,04)	47(47,9)	Ref.			
Estado Civil						
Casado	19(50,00)	19(50,0)	Ref.			
Não casado	93(54,71)	77(45,2)	0,82	0,40	1,67	0,7293
Religião						
Não Católico	146(68,2)	67(31,8)	Ref.			
Católico	62(39,2)	141(67,8)	4,9	3,20	7,50	<0,0001
Escolaridade						
Baixa escolaridade	84(56,0)	66(44,0)	Ref.			
Média ou superior	28(48,2)	30(51,7)	0,73	0,39	1,34	0,3970
Auto avaliação SB						
Boa/excelente	79(62,7)	47(37,3)	0,40	0,22	0,70	0,0024
Ruim/regular	33(40,3)	49(59,7)	Ref.			
GOHAI						
Baixa< 30	77(52,0)	71(47,9)	Ref.			
Moderada-Alta> 30	35(88,3)	25(41,6)	0,77	0,42	1,42	0,5009
IODD						
IODD > 0	101(64,7)	55(35,2)	0,14	0,06	0,30	<0,0001
IODD = 0	11(21,2)	41(78,8)	Ref.			

As variáveis independentes, gênero, idade, autopercepção em saúde, renda, escolaridade, uso de prótese e estado civil não se associaram a declaração do idoso para a sua necessidade de prótese. Observou-se que os idosos que se declararam católicos, apresentaram uma maior chance de autoperceber suas necessidades de reabilitação protética, 4,9 vezes (4,9 IC95%=3,2 -7,5 p<0,0001), assim como os que eram edentulos, apresentaram quase duas vezes (1,85, IC95%=1,06 -3,22, p=0,03) mais chance de autodeclarar sua necessidade de reabilitação protética.

Na Tabela 8 observou-se que na análise de regressão logística múltipla para a autodeclaração de necessidade de prótese, as variáveis que se associaram significativamente foram necessidade de prótese (p=0,02) e qualidade de vida (p<0,0001). Foi verificado que os idosos que necessitavam de algum tipo de prótese dentária apresentaram uma baixa qualidade de vida.

Tabela 8 - Análise de regressão logística múltipla para a percepção auto declarada pelo indivíduo sobre a necessidade do uso de prótese.

Variável	*Autodeclaração da Nec. de prótese		OR	IC 5%	p-valor
	Não n(%)	Sim n(%)			
Nec./ prótese					
Sim	62(45,9%)	73(54,7%)	Ref		
Não	50(68,5%)	23(31,5%)	0,48	0,26 – 0,91	0,0254
Qualidade de vida					
IODD > 0	101(64,7%)	55(35,3%)	0,16	0,08 – 0,35	<0,0001
IODD = 0	11(21,2%)	41(78,8%)	Ref.		

*O nível “Sim” de autodeclaração da necessidade de prótese foi considerado como referência.

6 DISCUSSÃO

Pesquisas em idosos tem demonstrado interesse da classe acadêmica em ampliar pesquisas na área da saúde bucal, pautado nos dados epidemiológicos dos últimos levantamentos nacionais, em que apresentam um panorama de saúde bucal precário para esta população. Pesquisas que abordam a percepção autodeclarada do idoso associada aos critérios de avaliação normativos ainda são escassas, de forma que este estudo contribuirá para o melhor conhecimento das condições de saúde dessa população, auxiliando na formação de uma base conceitual mais densa referente ao tema, e consequentemente melhor planejamento das ações para a melhora da saúde bucal do paciente idoso.

Estudos têm apresentado uma associação entre as variáveis clínicas de saúde bucal e medidas subjetivas (Vasconcelos et al., 2012). Konishi et al. (2010) realizaram um estudo para avaliar a relação entre o estado de saúde bucal, função motora oral, situações da vida diária e a autoavaliação da saúde bucal entre 190 idosos independentes da cidade de Tóquio, no Japão. Os achados revelaram que as situações da vida diária e função motora oral tiveram efeitos independentes na autoavaliação da saúde bucal e que a relação entre a autoavaliação da saúde bucal e as condições de saúde bucal não foram significantes (Rhis et al., 2010).

Em geral, esta parcela da população mantêm uma visão positiva de sua saúde, apesar das tensões e dificuldades inerentes ao envelhecimento (Martins et al., 2009; Haikal et al., 2011; Moura et. al., 2011). Dos idosos entrevistados neste estudo, sobre a auto avaliação em saúde bucal, a maioria considera sua saúde bucal de boa a excelente (60,57%), sendo que 53,36%, não possuem dentes naturais, mas mesmo assim são otimistas quanto a avaliar positivamente sua saúde. Cabe ressaltar que todos os portadores ou não de próteses total superior e/ou inferior consideraram sua saúde bucal dessa forma. No entanto, apesar de a grande maioria considerar sua saúde bucal de boa a excelente e não relatar grandes dificuldades e incômodos provocados pelos seus dentes, boca ou próteses, no seu cotidiano percebem de forma negativa a ausência dos elementos dentais, como observado no relato dos problemas bucais que mais causaram impacto na qualidade de vida dessa população, considerando-se dessa forma que, a presença de dentes pode significar

morbidades, transtornos financeiros, necessidade de cuidados com a higiene oral que se agrava nessa faixa etária devido a dificuldade em manusear os instrumentos para a higienização dos dentes e próteses devido a problemas de coordenação motora (característicos da idade), tornando relevante este resultado. Mesmo com resultados negativos para a análise normativa, nessa pesquisa, a percepção da saúde bucal avaliada pelos participantes foi considerada positiva.

Em outras pesquisas também se observa um quadro idêntico a este (maioria edêntulo) Martins et al. (2009), em que na avaliação normativa os resultados são de uma saúde oral debilitada, mas mesmo assim a autopercepção por parte do indivíduo é positiva. Provável resposta a essa disparidade, pode estar no fato de que o idoso aceita a realidade de que perder dente está diretamente ligada a velhice. Isto se dá em razão das experiências de sucessos e fracassos ao longo da vida, e dos ajustamentos que tiveram que ser feitos no passado e que são realizados nessa etapa da vida (Freire, 2000). Questões qualitativas do impacto das condições bucais na qualidade de vida em estudos com idosos nos permite compreender melhor o predomínio de autopercepção positiva da saúde bucal, frente a quadros clínicos tão precários (Haikal et al., 2011).

Embora o edentulismo não tenha permanecido no modelo de regressão, o estudo mostrou uma taxa alta, considerando-se dessa forma que a falta de dentes apresenta um grande impacto na saúde do idoso, baseado nos resultados para a frequência e severidade e motivos dos impactos relatados representados no Índice Odontológico no Desempenho Diário, em que os principais motivos foram “comer e sentir o sabor dos alimentos”, “falar corretamente as palavras” seguido de “sorrir e mostrar os dentes sem constrangimento”, diretamente ligados ao edentulismo e próteses mal adaptadas.

Segundo Vasconcelos et. al. (2012), as medidas clínicas de saúde utilizadas pelos profissionais, são preditores relativamente fracos da percepção de saúde bucal das pessoas. Resultados obtidos por Leão e Sheiham (1996), confirmaram que existe uma significância, entre o estado de saúde bucal e medidas subjetivas. Para Nunes e Abegg (2008), os idosos percebem sua saúde bucal avaliando principalmente sintomas como dor ou outro problema que afeta a mastigação ou interfere na aparência.

De acordo com os resultados do presente estudo, as precárias condições de saúde bucal de idosos institucionalizados, apresentando um grande número de perdas dentárias e a maioria fazendo uso de próteses, é coincidente com uma baixa auto avaliação da saúde bucal e interferência na sua qualidade de vida. No entanto, os idosos tem uma autopercepção positiva sobre sua saúde bucal, referente aos resultados positivos do índice GOHAI, situação semelhante descrita em outros estudos (Nunes e Abegg, 2008; Martins et al., 2009; Haikal et al., 2011). Benedetti et al. (2007) afirmaram que a ausência de dentes não é vista como problema de saúde bucal pelos idosos e para Matos e Lima-Costa (2006), devido a problemas constantes com os dentes naturais os idosos consideram haver uma melhoria da saúde bucal com a substituição deles por próteses.

As variáveis que se associaram a autodeclaração de necessidade de prótese, variável dependente nessa pesquisa, foram o edentulismo, a autoavaliação de saúde bucal, qualidade de vida, necessidade de prótese e religião. Resultados da análise multivariada demonstraram no entanto, que os preditores da autodeclaração de necessidade de prótese foram qualidade de vida e necessidade prótese. Contudo, ao se avaliar de forma geral o envelhecimento, abrangendo variáveis sociais, culturais, ambientais e econômicas que, seguramente, participam em maior ou menor extensão do processo de envelhecimento, observa-se que essas não produziram peso nos resultados, diferentemente do que se encontra nos estudos de Nunes e Abegg, em que a associação com as variáveis socioeconômico cultural e sociodemográfica, ex. o gênero (Nunes e Abegg, 2008), mostrou diferença significativa entre homens e mulheres, sendo esta atribuída às diferenças de percepção sobre saúde e ao valor dado a saúde bucal entre os dois gêneros.

Alguns estudos têm demonstrado que a escolaridade e a renda vêm influenciando a autopercepção de saúde bucal e o relato de impacto odontológico na qualidade de vida; demonstrando ainda, que baixo nível de escolaridade e baixa renda Paula et al. (2012), têm relação com uma maior prevalência de impactos bucais (Sheiham et al., 2001; Gomes e Abegg, 2007; Mendonça et al., 2010), igualmente nos estudos de Atchison e Dolan (1990) as autoras observaram que os idosos com alto status socioeconômico tiveram uma maior autopercepção de sua saúde, obtendo os maiores escores no GOHAI; ainda ressaltando esses resultados, os escores foram maiores nos idosos que possuíam entre 21 e

32 dentes, não usavam prótese removível e não necessitavam de tratamento dentário autodeclarado. Resultados diferentes foram encontrados nesse estudo, em que renda e escolaridade não se associaram a variável dependente. Provável resposta pode ser aceita com o fato de que grande parte da população estudada possuía a mesma classe social e o mesmo nível de escolaridade, e que a renda era insignificante para se avaliar impacto, já que o idoso da instituição não usufrui de sua renda, sendo esta gerenciada pela instituição para custear sua estadia, contradizendo os resultados dessa pesquisa para a autopercepção positiva frente a outros estudos (Nunes e Abegg, 2008).

Em sua pesquisa, Leitão et al. (2012) encontrou relação entre a alfabetização e a utilização de prótese, observando-se maior prevalência de analfabetos que não utilizam prótese. Já nos estudos de Miranda (2011), os resultados levam a uma associação dessas variáveis com uma baixa autopercepção da saúde por parte dos idosos. Nesse estudo, essas variáveis não apresentaram significância. Explicações podem ser dadas se for contabilizado que o idoso institucionalizado já não dispõe de tantas necessidades materiais e que se acostumou às suas debilidades (Tanure et al., 2005). Normalmente nas instituições filantrópicas, o idoso divide o espaço com pessoas de mesma classe social, e na maioria das vezes de mesmo nível de escolaridade, resultados obtidos nesse estudo, em que a maioria dos idosos tinha até o sexto ano escolar (72,11%) e que quase todos possuíam renda (91,35%) proveniente de aposentadorias e pensões de no máximo um salário mínimo e meio.

Verificou-se ainda nesse estudo, relação entre o impacto percebido e a condição clínica da saúde bucal apresentando alto índice de edentulismo (total e parcial 95,67%), achados confirmados por outros trabalhos considerando o edentulismo a principal causa de uma baixa qualidade de vida (Mello et al., 2008; Pinto, 2009; Ribeiro et al., 2009). Por mais que esta variável não tenha entrado na regressão múltipla e apresentado forte associação com a variável dependente, a sua influência nos resultados para o impacto na qualidade de vida dos idosos institucionalizados foi evidente.

A população idosa exige cada vez mais atenção em todos os sentidos, em especial na área da saúde, proporcionando a estas pessoas qualidade de vida. Desta forma, a odontologia desempenha papel fundamental, pois, a manutenção da saúde bucal é essencial

para uma boa alimentação e nutrição destas pessoas (Marcenes et al., 2003). Idosos com perda de todos os elementos dentais são os que mais apresentam dificuldades para se alimentar, principalmente quando a prótese total ou prótese parcial removível utilizadas não apresentam boas condições, optando por uma alimentação macia e fácil de mastigar, a qual apresenta geralmente baixo teor nutricional (Martins et al., 2008).

As condições sociais dos indivíduos bem como a prática odontológica hegemônica, que tem nas extrações dentárias a solução para o alívio da dor em populações de baixo nível socioeconômico, e exercem um importante papel na questão da perda dentária. Os resultados dessa pesquisa, corroboram com os estudos de Colussi & Freitas, (2002, 2004), em que a população idosa no Brasil apresentava em média 68% dos indivíduos edêntulos. Segundo Roncalli, isto representa uma boa explicação para que a maioria dos idosos seja usuários de próteses ou necessitam de uma (Marcenes et al., 2003; Silva et al., 2005; Roncalli, 2006; Saintrain e Vieira, 2008; Bonnan, 2008). Os discursos referem que o cirurgião-dentista desempenhou papel importante na perda precoce de dentes, uma vez que em muitos casos a decisão pelas exodontias foi fortemente influenciada pelo profissional (Hiramatsu et al., 2007).

O quadro epidemiológico e a deficiência nos programas voltados para a população geriátrica brasileira caracterizam a péssima condição de saúde bucal encontrada nesse grupo (Marcenes et al., 2003; Silva et al., 2005; Saintrain e Vieira, 2008; Bonnan et al., 2008). É muito importante a obtenção de dados epidemiológicos em pesquisas científicas com idosos, pois esses quantificam as condições de saúde bucal dos indivíduos, além de serem usados no planejamento, organização e monitoramento dos serviços de saúde prestados (Fernandes et al., 1997, Silva e Fernandes, 2001). Na presente pesquisa a condição socioeconômica, o elevado edentulismo, a baixa escolaridade dos participantes, são peculiares a esta população, dados que corroboram com os estudos de Gaião et al. (2005).

Vem crescendo o interesse em estudar a influência da condição dos dentes na qualidade de vida dos indivíduos, relacionados com as consequências físicas, sociais e psicológicas (Locker, 1995). Estas avaliações são realizadas através da autopercepção e fornecem informações diferentes das obtidas através da avaliação clínica, realizada pelo

cirurgião-dentista (Henriques et al., 2007). Nesta pesquisa, dados da avaliação normativa para o uso e necessidade de prótese, apontam que mais da metade dos idosos são edentulos e que desses, metade consideram a falta de dentes uma consequência para a determinação de impactos da saúde bucal na qualidade de vida.

Nesse estudo, o quadro de saúde dessa população não é otimista quando se analisa os resultados da avaliação normativa, em que 65,86% da população necessita de prótese, corroborando com condição referida no último levantamento epidemiológico em saúde bucal, SB Brasil 2010; apresenta também acentuado uso de próteses, com alto índice de edentulismo. Ao se analisar o critério normativo (necessidade de prótese) com a variável dependente autodeclaração de necessidade de prótese, observou-se uma forte associação, nos cabendo concluir ser importante a abordagem com critérios normativos associados ao sociodental, de forma a conhecermos melhor o que os idosos realmente necessitam, pensam e desejam sobre sua saúde bucal, bem como medir o grau de conhecimento e percepção desses idosos quanto aos seus problemas bucais e as formas de tratamento.

Os dados da pesquisa para a autodeclaração do idoso (46,15%) e a observação do profissional (65,86%), ressaltam a significância na associação das duas abordagens na avaliação da necessidade de uso de prótese nessa população.

De acordo com o instrumento para avaliar a qualidade de vida nessa pesquisa, dados do IODD, apontam que o impacto causado pelos problemas bucais no dia a dia dos idosos ocorreu com frequência em 75% da população do estudo. Comer, falar ou pronunciar as palavras com clareza e sorrir sem ficar envergonhado, foram as atividades identificadas como produtoras de maiores impactos (IODD>0). No outro extremo, estão limpar os dentes e a satisfação nos encontros sociais com outras pessoas, atividades com menor impacto na qualidade de vida. Os problemas bucais mais citados foram: falta de dente, dentadura solta ou mal adaptada e dor de dente. Observou-se que mais da metade da população que relatou impacto na qualidade de vida, a falta de dentes (50,96%), foi o problema bucal mais relatado. Ressalta-se que o quesito sorrir ou mostrar os dentes sem constrangimentos teve o menor peso no impacto (14,4%) dentre as atividades com IODD diferentes de zero, e que comer e gostar de comida (24,71%) teve o maior percentual de IODD. A falta de dentes deve estar relacionada à dificuldade de se alimentar e não à

questão estética, relacionando-se dessa forma a autopercepção positiva classificada por parte dos idosos, forma otimista de avaliação, de acordo com os resultados do GOHAI (57,21%), alcançando um escore de média a alta percepção em saúde bucal.

Henriques et al. (2007), ao avaliarem idosos no Estado de São Paulo, Brasil, observaram associação não-significante entre autopercepção e uso de próteses, dados consoantes com essa pesquisa. Há concordância entre a maioria dos estudos abordados nessa pesquisa, quanto à atividade cotidiana mais afetada pela condição bucal: mastigar e saborear os alimentos Mendonça et al, (2010), assim como também foi referida pela maioria dos idosos e adultos jovens entrevistados em pesquisas no Reino Unido, Tailândia e na Tanzânia (Srisilapanan e Sheiham, 2001; Massalu e Astrøm, 2003, 2004; Steele et al., 2004). Estes estudos são consoantes com a presente pesquisa, na qual a maioria dos indivíduos pesquisados referiu-se à dificuldade em mastigar e saborear os alimentos como a atividade diária mais frequentemente afetada. Mesmo assim eles avaliam sua condição bucal como boa. É possível que, na perspectiva destes indivíduos, mastigar os alimentos seja a principal tarefa dos elementos dentais, explicando assim a conformidade encontrada.

A autopercepção em saúde é influenciada por crenças e religiões e pelo valor atribuído à saúde perdida pelo indivíduo afetado Reis e Marcelo (2006). Nessa pesquisa, a variável religião se associou a autodeclaração de necessidade de prótese. Buscou-se encontrar uma relação saúde x religião, e os resultados estatísticos encontraram forte associação em ser católico e não católico (ou outras religiões) com a autodeclaração de necessidade de prótese. O fato de ser religioso, não significa falta de vaidades, mesmo na população idosa. A religião se apresenta como um exercício importante para estimular as mecânicas da fé como sentido construtivo, positivista, atuando na estruturação psicológica, papel importante já documentado cientificamente. Para trabalhar com seres humanos, é necessário que se saiba quem é esse ser humano que se estuda, de forma a conhecer que concepção cada profissional traz para o trabalho e que consequências isso pode criar (Espíndula et al., 2010).

A religião por si só não pode influenciar na saúde, mas a fé pode ter aspectos positivos que oferecem mais equilíbrio e bem-estar, além de uma recuperação mais rápida e objetiva de estados mórbidos em pacientes idosos. Poucos estudos abordam esse tema, mas

algumas pesquisas tem relacionado a aculturação religiosa com os cuidados e melhora nas condições de saúde dos indivíduos, no entanto ainda não se tem embasamento que comprove tal associação. Há muitas visões de homem e de mundo (Hiramatzu et al., 2006; Espíndula et al., 2010).

Hiramatzu et al. (2006) acreditaram que de modo especial os idosos tem sua percepção afetada pela crença de que algumas dores e incapacidades são inerentes à velhice.

As necessidades odontológicas de idosos são importantes e amplas. Dados epidemiológicos desse grupo populacional podem mostrar a história de vida-saúde e o tipo de atenção recebida em todas as fases de vida. Esses indivíduos apresentam, em geral, um grande número de dentes perdidos e muitos casos em que há necessidade de reabilitações (Reis e Marcelo, 2006).

Os profissionais de saúde se deparam, além do grande acúmulo de carências, com uma insuficiente rede de serviços para reverter essa realidade. Embora o estudo não tenha avaliado o acesso ao serviço de saúde, relatos dos participantes da pesquisa, comentam a dificuldade de acesso dos idosos aos serviços de saúde, em função da pobreza material de um largo percentual desse grupo, revelada por aspectos que vão desde a falta de condução para ir ao posto de saúde até a falta de dinheiro para comprar as medicações prescritas, e se submeter a tratamentos, fato este observado em outros estudos (Moreira et al., 2005).

No estudo de Biazevic et al. (2004), os autores observaram que não havia impacto na saúde bucal relacionado ao uso de prótese total, mas existia essa interferência associada à necessidade de prótese total superior e inferior. Nunes e Abegg (2008) encontraram em sua pesquisa que a dor de dente e a necessidade de próteses dentárias foram os principais fatores que afetaram a autopercepção da saúde bucal de idosos do sul do Brasil.

Em estudo com idosos institucionalizados, Bonnan et al. (2008) observaram que a maioria apresentou condição insatisfatória das próteses e necessidade premente de nova prótese ou reabilitação oral inicial, fato que corrobora os achados dessa pesquisa.

A pesquisa em idosos institucionalizados encontra várias limitações, classe econômica pouco favorecida, baixa escolaridade e características de saúde inerentes ao paciente idoso. Embora estas variáveis não tenham apresentado associação nessa pesquisa, são significantes em outros estudos citados, demonstrando a realidade de vida dos idosos institucionalizados no Brasil (Gaião et al., 2005; Silva et al., 2005; Bonnan et al., 2008). Por mais que esses idosos sejam classificados em independentes ou parcialmente dependentes, o fato de ter sua renda administrada pela instituição como forma de pagamento pelos serviços prestados, muitas vezes inviabilizam um tratamento odontológico mais complexo (Mesas et al., 2008; Maruch et al., 2009).

De acordo com Segre e Ferraz (1997), poucos profissionais de odontologia atuam com uma visão ampla sobre a importância da necessidade de aspectos subjetivos para qualidade de vida. Esse conceito é extremamente importante, configurando uma ferramenta valiosa, para melhor se classificar a saúde/doença no idoso como preditivo de impacto. Pessoas com doenças crônicas muitas vezes relatam ter melhor qualidade de vida, percebida por elas, quando comparadas a indivíduos saudáveis.

Apesar de algumas críticas relacionadas ao uso de indicadores subjetivos em pesquisas de avaliação da necessidade de tratamento odontológico, acredita-se na importância da utilização desses dados para melhor compreensão de comportamentos relacionados à saúde bucal. A coleta de informações desse tipo permite, por exemplo, o entendimento das atitudes dos indivíduos quanto ao autocuidado e à procura por serviços odontológicos (Vasconcelos et al., 2012).

7 CONCLUSÃO

A autodeclaração (necessidade percebida) de necessidade de prótese esteve associada a avaliação normativa, condizente com os critérios de avaliação de diagnóstico para a necessidade de uso de prótese, sendo uma forte preditora para o impacto na qualidade de vida.

A utilização do Índice IODD que mede a qualidade de vida, mostrou forte relação tanto à perda dentária quanto a necessidade de prótese sendo importante instrumento para medir o impacto da saúde bucal na qualidade de vida do idoso.

REFERÊNCIAS*

Adulyanon S, Sheiham A. Oral impacts on daily performances. In: Slade GD. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina; 1997.

Adulyanon S, Vourapukjaru, Sheiham A. Oral im-pacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Comm Dent Oral Epidemiol.* 1996; 24(6):385-9.

Al Shamrany M. Oral health-related quality of life: a broader perspective. *East Mediterr Health J.* 2006 Nov; 12(6): 894-901.

Alcântara AO. Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos. Campinas: Alínea; 2004. 149p.

Alcarde ACB, Bittar TO, Fornazari DH, Meneghim MC, Ambrosano GMB, Pereira AC. A cross-sectional study of oral health-related quality of life of Piracicaba's elderly population. *Rev Odonto Ciênc.* 2010; 25(2): 126-31.

Araújo CLO, Souza LA, Faro ACM. Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. 2007 [acesso 2013 nov 1]. Disponível em: http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n2vol1ano1_artigo3.pdf

Arslan A, Orhan K, Canpolat C, Delilbasi C, Dural S. Impact of xerostomia on oral complaints in a group of elderly Turkish removable denture wearers. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009; 49(2): 263-7.

*De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

Astrøm AN, Okullo I. Validity and reliability of the Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) frequency scale: a cross-sectional study of adolescents in Uganda. *BMC Oral Health*. 2003 Aug 28; 3(1): 5.

Atchison KA, Dolan TA. Development of the geriatric oral health assessment index. *J Dent Educ*. 1990 Nov; 54(11): 680-7.

Beauvoir S. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1990.

Benedetti TRB, Mello ALSF, Gonçalves LHT. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007 dez; 12(6): 1683-90.

Benyamini Y, Leventhal H, Leventahal EA. Self rated oral health as an independent predictor of self rated general health, self-esteem and life satisfaction. *Soc Sci Med* 2004; 59:1109-16.

Biazevic MGH, Michel-Crosato E, Iagher F, Pooter CE, Correa SL, Grasel CE. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. *Braz Oral Res*. 2004 Jan-Mar; 18(1): 85-91.

Boff L. *Saber cuidar - ética do humano - compaixão pela terra*. 9. ed. Petrópolis: Vozes; 2003.

Bonan PR, Borges SP, Haikal DS, Silveira MF, Martelli-Junior H. Condições bucais e de reabilitação insatisfatórias dissociadas da percepção de qualidade de vida em idosos institucionalizados e não-institucionalizados. *Rev Odonto Ciênc*. 2008; 23(2): 115-9.

Bourgeois DM, Doury J. Periodontal conditions in 65-74 year old adults in France, 1995. Int Dent J. 1999 jun; 49(3): 182-6.

Brasil. 20 Anos de seguridade social na Constituição - Fundação ANFIP de estudos da seguridade social. Brasília: Ministério da Previdência; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Condições de saúde bucal da população brasileira. Projeto SB Brasil 2003. Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a. 68p.

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000. Manual do examinador. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais. 2011 [acesso 2013 out 11]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

Brasil. Portaria n. 810 Normas para Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e Outras Instituições Destinadas ao Atendimento ao Idoso; 1989 set 22. Pub DO [2003 set. 27]. Brasília: Ministério da Saúde; 1989.

Brunetti R, Montenegro FLB. Odontogeriatrics: notions of clinical interest. São Paulo: Artes Médicas; 2002.

Bulgarelli AF, Manço ARX. Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008 jul-ago; 13(4): 1165-74.

Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev Bras Estud Popul*. 2010 jan-jun; 27(1): 232-5.

Cardoso MBR, Lago EC. Alterações bucais em idosos de um centro de convivência. *Rev Paraense Med*. 2010; 24(2): 35-41.

Chaimowicz F, Greco DB. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1999; 33(5): 454-60.

Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31(2): 184-200.

Cimões R, Caldas-Júnior AF, Souza EHA, Gusmão ES. Influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007 nov-dez; 12(6): 1691-6.

Colussi CF, Freitas SF. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002 out; 18 (5): 1313-20.

Colussi CF, Freitas SFT, Calvo MCM. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. *Rev Bras Epidemiol*. 2004 mar; 7(1): 88-97.

Colussi CF, Freitas SFT. Edentulouness and associated risk factors in a south Brazilian elderly population. *Gerodontology*. 2007 June; 24(2): 93-7.

Copeland LB, Krall EA, Brown LJ, Garcia RI, Streckfus CF. Predictors of tooth loss in two US adult populations. *J Public Health Dent.* 2004; 64(1): 31-7.

Corbet EF, Lo ECM. Tooth spaces in and prosthetic treatment received by the middle-aged and the elderly in Hong Kong. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1994 Oct; 22(5 Pt 2): 386-91.

Crispim AJ, Saupe R, Boing AF. Uso e necessidade de prótese em idosos. *Arq Catarinenses Med.* 2009; 38(2): 25-7.

Daly B, Newton T, Batchelor P, Jones K. Oral health care needs and oral health-related quality of life (OHIP-14) in homeless people. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010 Apr; 38(2): 136-44.

De Marchi RJ, Hugo FN, Hilgert JB, Padilha DM. Association between oral health status and nutritional status in south Brazilian independent-living older people. *Nutrition.* 2008; 24(6): 546-53.

DeMarco MA. Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Rev Bras Educ Médica.* 2006; 30(1): 60-72.

Demidenko E. Sample size and optimal design for logistic regression with binary interaction. *Statistics Med.* 2008; 26: 36-46.

Demidenko E. Sample size determination for logistic regression revisited. *Statistics Med.* 2007; 26: 3385-97.

DiMatteo MR. Social Support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychol.* 2004; 23(2): 207-18.

Dolan TA. The sensitivity of the Geriatric Oral Health Assessment Index to dental care. *J Dent Educ.* 1997 Jan; 61(1): 37-46.

Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(2): 317-62.

Ekanayake L, Perera I. The association between clinical oral health status and oral impacts experienced by older individuals in Sri Lanka. *J Oral Rehabil.* 2004 Sept; 31(9): 831-6.

Esmeriz CEC, Meneghim MC, Ambrosano GMB. (2011), Self-perception of oral health in non-institutionalised elderly of Piracicaba city, Brazil. *Gerodontology.* 2012 June; 29(2): e281-9.

Ettinger RL. Oral health needs of the elderly - an international review. *Int Dent J.* 1993; 43(4): 348-54.

Eustaquio-Raga MV, Montiel-Company JM, Almerich-Silla JM. Factors associated with edentulousness in an elderly population in Valencia (Spain). *Gac Sanit.* 2013 Mar-Apr; 27(2): 123-7.

Evren BA, Uludamar A, Ileri U, Ozkan YK. The association between socioeconomic status, oral hygiene practice, denture stomatitis and oral status in elderly people living in different residential homes. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011; 53(3): 252-7.

Fernandes RAC, Silva SRC, Watanabe MGC, Pereira AC, Martildes MLR. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos que demandam um centro de saúde. Rev Bras Odontol. 1997; 54(2): 107-10.

Fernandes-Costa AN, Vasconcelos MG, Queiroz LMG, Barboza CAG, Vasconcelos RG. As Principais Modificações Orais que ocorrem durante o Envelhecimento Rev Bras Ciên Saúde. 2013; 17(3): 293-300.

Ferreira EAP. Adesão ao tratamento pediátrico. In: Crepaldi MA, Linhares MBM, Perosa GB. Temas em psicologia pediátrica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. p. 147-89.

Ferreira RC, Magalhães CS, Rocha ES, Schwambach CW, Moreira AN. Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 2009 nov; 25(11): 2375-85.

Freire SA. Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: Neri AL, Freire AS, organizadores. E por falar em boa velhice. São Paulo: Papirus; 2000. p. 21-31.

Furtado DG, Forte FDS, Leite DFBM. Uso e Necessidade de Próteses em Idosos: Reflexos na Qualidade de Vida. Rev Bras Ciên Saúde. 2011; 15(2): 183-90.

Gaião LR, Almeida MEL, Heukelbach J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(3): 316-23.

Gasset OJ. Obras Completas. 2. ed. Madrid: Alianza Editorial; 1993.

Gift HC, Atchison KA, Drury TF. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. *J Dent Res.* 1998; 77(7): 1529-38.

Gift HC, Atchison KA. Oral health, health, and health-related quality of life. *Med Care.* 1995; 33(11Suppl): NS57-77.

Gilbert L. Social factors and self-assessed oral health in South Africa. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1994; 22(1):47-51.

Gordon SR, Fryer GE, Niessen L. Patient satisfaction with current dental condition related to selfconcept and dental status. *J Prosthet Dent.* 1988; 59(3): 323-6.

Grabiner PC, Biswas ST, Grabiner MD. Age - related changes in spatial and temporal gait variables. *Arch Phys Med Rehabil.* 2001 Jan; 82(1): 31-5.

Henriques C, Telarolli Júnior R, Loffredo LCM, Montandon AAB, Campos JAD. Autopercepção das condições de saúde bucal de idosos do município de Araraquara - SP. *Cienc Odontol Bras.* 2007 jul-set; 10(3): 67-73.

Herman T, Giladi N, Gurevich T, Hausdorff JM. Gait instability and fractal dynamics of older adults with “cautions” gait: why do certain older adults walk fearfully? *Gait Posture.* 2005 Feb; 21(2): 178-85.

Hiramatsu DA, Tomita NE, Franco LJ. Perda dentária e a imagem do cirurgião dentista em um grupo de idosos. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007; 12(4): 1051-6.

Hugo FN, Hilgert JB, de Sousa ML, da Silva DD, Pucca GA Jr. Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007 June; 35(3): 224-32.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro, IBGE; 2010.

IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de trabalho e Rendimento, Pesquisa nacional por Amostra de Domicílio 2011-2012. Brasília: IBGE; 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Cidades - Dados populacionais no ano de 2007. [acesso 2011 maio 22]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000: primeiros resultados da amostra. [acesso 2013 Nov 12]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

IPPLAP - Instituto de Pesquisa e Planejamento de Piracicaba. 2013 [acesso 2013 Nov 1]. Disponível em: <http://ipplap.com.br/site>

Isolan CP, Souza ELC, Fernandes LBF, Fernandes C. Saúde oral dos idosos que frequentam o Convento Santo Antônio no Rio de Janeiro. *Rev Bras Odontol.* 2008; 65(2): 169-73.

Johansson V, Axtelius B, Söderfeldt B, Sampogna F, Paulander J, Sondell K. Multivariate analyses of patient financial systems and oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010 Oct; 38(5): 436-44.

Judge JO, Underwood M, Gennosa T. Exercise to improve gait velocity in older persons. *Arch Phys Med Rehabil.* 1993 Apr; 74(4): 400-6.

Kalache A. Fórum: Envelhecimento populacional e informações de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2007 out; 23(10): 2503-5.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA.* 1963 Sept 21; 185: 914-9.

Kim HY, Jang MS, Chung CP, Paik DI, Park YD, Patton LL, et al. Chewing function impacts oral health-related quality of life among institutionalized and community-dwelling Korean elders. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009 Oct; 37(5): 468-76.

King AC, Castro C, Wilcox S, Eyler AA, Sallis JF, Brownson RC. Personal and environment factors associated physical inactivity among different racial-ethnic groups of U.S. middle-aged and older - aged women. *Health Psychol.* 2000 July; 19(4): 354-64.

Kinsella K, Wan HE. U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/09-1, An Aging World: 2008, U.S. Washington DC: Government Printing Office; 2009.

Könönen M, Lipasti J, Murtomaa H. Comparison of dental information obtained from self-examination and clinical examination. *Community Dental Oral Epidemiol.* 1986 Oct; 14(5): 258-60.

Kressin NR, Atchison KA, Miller DR. Comparing the impact of oral disease in two populations of older adults: application of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Public Health Dent.* 1997; 57(4): 224-32.

Kurihara E, Neves VJ, Kitayama VS, Endo MS, Terada RSS, Marcondes FK. Relação entre saúde bucal e fatores psicológicos em idosos institucionalizados e não institucionalizados. RGO. 2013 abr-jun; 61(2): 55-7.

Lacerda JT, Castilho EA, Calvo MCM, Freitas SFT. Saúde bucal e o desempenho diário de adultos em Chapecó, Santa Catarina, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008 Aug; 24(8): 1846-58.

Landis JR, Koch GG. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. Biometrics. 1977; 33: 159-74.

Leão A, Sheiham A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. J Dent Res. 1995; 74(7): 1408-13.

Leão A, Sheiham A. The development of a sociodental measure of dental impacts on daily living. Community Dent Oral Epidemiol. 1996; 13(1): 22-6.

Leitão RFA, Azevedo AC, Bonan RF, Bonan PRF, Forte FDS, Batista AUD. Fatores Socioeconômicos e Necessidade de Prótese, Cond. Odontol. e Autopercepção Bucal em População Idosa. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2012 abr-jun; 12(2): 179-85.

Lin HC, Corbet EF, Lo ECM, Zhang FG. Tooth loss, occluding pairs, and prosthetic status of Chinese adults. J Dent Res. 2001 May; 80(5): 1491-5.

Lino VTS, Pereira SEM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). Cad Saúde Pública. 2008 jan; 24(1): 103-12.

Locker D, Clarke M, Payne B. Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. *J Dent Res*. 2000 Apr; 79(4): 970-5.

Locker D, Gibson B. Discrepancies between self ratings of and satisfaction with oral health in two older adult populations. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005 Aug; 33(4): 280-8.

Locker D, Jokovic A. Three-year changes in selfperceived oral health status in an older Canadian population. *J Dent Res*. 1997 June; 76(6): 1292-7.

Locker D, Jokovic A. Using subjective oral health status indicators to screen for dental care needs in older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996 Dec; 24(6): 398-402.

Locker D, Matear D, Stephens M, Lawrence H, Payne B. Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001 Oct; 29(5): 373-81.

Locker D. Health outcomes of oral disorders. *Int J Epidemiol*. 1995; 24(1): 85-9.

Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health*. 1988; 5(1): 3-18.

Macêdo DN, Carvalho SS, Lira SS, Sena CA, Bezerra EAD. Proposta de um protocolo para o atendimento odontológico do paciente idoso na atenção básica. *Odontol Clín-Científic*. 2009; 8(3):237-43.

Machado FCA, Costa APS, Pontes ALB, Lima KC, Ferreira MÁF. Dificuldades diárias associadas às próteses totais. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2013; 18(10): 3091-100.

Marcenes W, Steel JG, Sheihan A, Walls AWG. The relationship between dental status, food selection, nutrient intake, nutritional status, and body mass index in older people. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3): 809-16.

Marchini L, Montenegro FLB, Cunha, VPP, Santos JBF. Prótese na Terceira Idade. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2001; 2(55): 83-7.

Mariño R. La salud bucodental de los ancianos: realidad, mitos y posibilidades. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1994; 116: 419-26.

Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. *Cad Saúde Publica*. 2009; 25(2): 421-35.

Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Fatores relacionados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos. *Rev Saúde Pública*. 2008 jun; 42(3): 487-96.

Martins AMEBL, Barreto SM, Silveira MF, Santa- Rosa TTA, Pereira RD. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. *Rev Saúde Pública* 2010; 44:912-22.

Maruch AO, Ferreira EF, Vargas AMD, Pedroso MAG, Ribeiro MTF. Impacto da prótese dentária total removível na qualidade de vida de idosos em Grupos de convivência de Belo Horizonte- MG. *Arq Odontol*. 2009; 45(2): 73-80.

Massalu JR, Astrøm AN. Applicability of na abbreviated version of the oral impacts on daily performance (OIDP) scale for use among Tanzanian students. *Communiy Dent Oral Epidemiol*. 2003; 31(1): 7-14.

Massalu JR, Astrøm NA. Social and behavioral correlates of oral quality of life studied among university students in Tanzania. *Acta Odontol Scand.* 2002; 60:353-9.

Matos DL, Lima-Costa MF. Autoavaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22: 1699-707.

Matthias RE, Atchison KA, Lubben JE, De-Jong F, Schweitzer SO. Factors affecting self-ratings of oral health. *J Public Health Dent.* 1995; 55(4): 197-204.

McGrath C, Bedi R. Why are we "weighting"? An assessment of a self-weighting approach to measuring oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004 Feb; 32(1): 19-24.

Mello ALSF, Castro RC, Oleiniski JC. Condições de saúde bucal de idosos residentes em instituições filantrópicas em Florianópolis (SC). *Pesq Odontol Bras.* 2003 ago; 17(Suppl. 2): 31.

Mello ALSF. Cuidado à saúde bucal provido a idosos residentes em instituições geriátricas de pequeno porte em Porto Alegre - RS: a retórica, a prática e os resultados [dissertação] Porto Alegre: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

Meloto CB, Rizzatti-Barbosa CM, Gomes SGF, Custodio W. Dental practice implications of systemic diseases affecting the elderly: a literature review. *Braz J Oral Sci.* 2008; 7(27): 1691-9.

Meneghim MC, Pereira AC, Silva FRB. Prevalência de cárie radicular e condição periodontal em uma população idosa institucionalizada de Piracicaba - SP. *Pesqui Odontol Bras.* 2002; 16(1): 50-56.

Meneghim MC, Saliba NA. Condições de saúde bucal da população idosa de Piracicaba-SP: 1998. *RPG Rev Pós Grad.* 2000 jan-mar; 7(1): 7-13.

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

Mesas AE, Andrade SM, Cabrera MAS. Factors associated with negative self-perception of oral health among elderly people in a Brazilian community. *Gerodontology.* 2008 Mar; 25(1): 49-56.

Minayo MCS, Coimbra CE. *Antropologia, Saúde e Envelhecimento.* 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Cienc Saúde Colet.* 2000; 5(1): 7-18.

Miotto MHMB, Barcellos LA. Uma revisão sobre o indicador subjetivo de saúde bucal “oral health impact profile” OHIP. *UFES Rev Odontol.* 2001 jan-jun; 3(1): 32-8.

Miranda LP, Silveira MF, Miranda LP, Bonan PRF. Autopercepção das condições bucais em uma população de idosos da Cidade de Montes Claros, Minas Gerais. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2011; 14(2): 251-70.

Moimaz SAS, Almeida MEL, Lolli LF, Garbin CAS, Saliba NA. Idosos e a percepção do envelhecimento Rev Bras Geriatr Gerontol. 2009; 12(3): 361-75.

Monnet-Corti V, Borguetti A. Estética do periodonto. In: Borguetti A, Monnet-Corti V, organizadores. Cirurgia plástica periodontal. São Paulo: Artmed; 2002. p. 98-116.

Moreira RS, Nico LS, Sousa MLR. Fatores associados à necessidade subjetiva de tratamento odontológico em idosos brasileiros. Cad Saúde Pública. 2009 Dec; 25(12): 2661-71.

Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. Cad Saúde Pública. 2005 nov-dez; 21(6): 1665-75.

Moreira RS, Nico LS, Tomita NE. Risco espacial e edentulismo e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do Sudeste do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2011 out; 27(10): 2041-53.

Moreira TP, Nuto SAS, Nations MK. Confrontação cultural entre cirurgiões-dentistas e a experiência de usuários de baixa renda em Fortaleza, Ceará. Saúde Debate. 2004 jan-mar; 28(66): 58-67.

Musacchio E, Perissinotto E, Binotto P, Sartori L, Silva-Netto F, Zambon S, et al. Tooth loss in the elderly and its association with nutritional status, socio-economic and lifestyle factors. Acta Odontol Scand. 2007 Apr; 65(2): 78-86.

Narvai PC, Antunes JLF. Saúde bucal: a autopercepção da mutilação e das incapacidades. In: Lebrão ML, Duarte YAO. Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. O projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 121-37.

Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC, et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc.* 2007 Aug; 39(8): 1435-45.

Nitschke I, Muller F. The impact of oral health on the quality of life in elderly. *Oral Health Prev Dent.* 2004; 2 (Suppl 1): 271-5.

Nunes CIP, Abegg C. Factors associated with oral health perceptions in older Brazilians. *Gerodontology.* 2008 Mar; 25(1): 42-8.

Oliveira AMG. Impacto da saúde Bucal na Qualidade de Vida e no Desempenho Diário na população de quatro Assentamentos Rurais no estado de São Paulo [dissertação]. Campinas: Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic; 2011.

Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile Short form. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005; 33(4): 307-14.

Oliveira JA, Ribeiro EDP, Bonachela WC, Cappelozza ALA. Perfil do paciente odontogeriatrico da faculdade de odontologia de Bauru-USP. *Rev Bras Prótese Clin Lab.* 2002 jan-fev; 4(17): 71-9.

Palmqvist S. Treatment need and received in an elderly Swedish county population. *Gerodontology*. 1988 Dec; 4(6): 272-6.

Papaléo Netto M, Borgonovi N. *Biologia e Teorias do Envelhecimento*. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 44.

Paschoal SMP. *Epidemiologia do Envelhecimento*. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu; 2005.

Pattussi MP, Peres KG, Boing AF, Peres MA, da Costa JS. Self-rated oral health and associated factors in Brazilian elders. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2010 Aug; 38(4): 348-59.

Pereira AC, Queluz DP, Meneghim MC, Castellanos RA, Silva SRC, Watanabe MGC. Condições periodontais em idosos usuários do centro de saúde “Geraldo de Paula Souza”, São Paulo, Brasil. *Rev Fac Odontol de Lins*. 1996; 9(1): 20-5.

Pereira AC, Silva FRB, Meneghim MC. Prevalência de cárie e necessidade de prótese em uma população geriátrica institucionalizada da cidade de Piracicaba. *ROBRAC*. 1999 dez; 8(26): 17-21.

Pessini L. Envelhecimento e saúde: ecos da II Assembleia Mundial sobre o envelhecimento. *Mundo Saúde*. 2002; 26(4): 457-63.

Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century. The approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003; 31(1): 3-24.

Pinholato AZ, Specimille CF, Gomes MGC, Madureira RMS. O idoso participante da UNATI/UFES no contexto dos direitos sociais brasileiros. Vitória: 5º ENPS; 2010.

Pinto VG. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Santos; 2000.

Pivetta M. Retratos do envelhecer. Rev Pesq Ciênc Tecnol Brasil. 2003 maio; 87(1): 32-9.

Portillo JC, Paes AM. Autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde bucal. Rev Bras Odontol Saúde Col. 2000; 1(1): 75-88.

Rantanen T, Volpato S, Ferrucci L, Heikkinen E, Fried LP, Guralnik JM. Handgrip strength and cause –specific and total mortality in older disabled women: exploring the mechanism. J Am Geriatr Soc. 2003 May; 51(5): 636-41.

Reis SCGB, Higino MASP, Melo HMD, Freire MCM. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia, GO. Rev Bras Epidemiol. 2005 mar; 8(1): 67-73.

Reis SCGB, Marcelo VC. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(1): 191-9.

Rivaldo EG, Padilha DMP, Frasca LCF, Rybu BR. Envelhecimento e saúde bucal. Stomatos (ULBRA). 2008; 14: 39-45.

Rodrigues Junior FH, Carvalho LP, Oliveira Filho LB, Caldas Junior AF, Manzi CTA. Incidência de cárie e edentulismo em idosos residentes em Recife, Pernambuco. Rev Ciênc Méd. 2006 jan-fev; 15(1): 33-40.

Roncalli AG. Epidemiologia em saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(1): 105-14.

Rosa AG, Fernandez RC, Pinto VG, Ramos LR. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no município de São Paulo (Brasil). Rev Saúde Pública. 1992; 26(3): 155-60.

Rosa AGF, Castellanos RA, Pinto VG. Saúde bucal na terceira idade. RGO. 1993 mar-abr; 41(2): 97-102.

Rosa LB, Zuccolotto MCC, Bataglioni C, Coronatto EAS. Odontogeriatrics - a saúde bucal na terceira idade. RFO UPF. 2008; 13(2): 82-6.

Saintrain MVL, Vieira LJES. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. Ciênc Saúde Coletiva. 2008; 13(4): 1127-32.

Sanders AE, Slade GD, Lim S, Reisine ST. Impacto of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. Community Dent Oral Epidemiol. 2009; 37: 171-81.

Santos FB, Moraes MB, Barbosa AS, Sampaio FC, Forte FDS. Autopercepção em saúde bucal de idosos em unidades de saúde da família do distrito sanitário III de João Pessoa-PB. Arq Odontol. 2007 abr-jun; 43(2): 23-32.

Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. Rev Saude Publica. 1997; 31(5):538-42.

Shah N. Gender issues and oral health in elderly Indians. Int Dent J. 2003 Dec; 53(6): 475-84.

Sheiham A, Maizels JE, Cushing AM. The concept of need in dental care. *Int Dent J.* 1982; 32(3): 265-70.

Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Lowe C, Finch S, Bates CJ, et al. The Relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. *J Dent Res.* 2001 Feb; 80(2): 408-15.

Sheiham A, Tsakos G. Avaliando necessidades através de abordagem sócio - odontológica. In: Pinto VG. *Saúde Bucal Coletiva.* São Paulo: Santos; 2008. p. 287-316.

Sheiham A, Tsakos G. Oral Health Needs Assessment. In *Community Oral health.* 2 Vol. New Malden: Quintessence; 2007. p. 59-79.

Shimazaki Y, Soh I, Koga T, Miyazaki H, Takehara T. Relationship between dental care and oral health in institutionalized elderly people in Japan. *J Oral Rehabil.* 2004; 31(9): 837-42.

Shinkai RSA, Cury AADB. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral do idoso. *Cad Saúde Pública.* 2000; 16(4): 1099-109.

Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad Saude Publica.* 2005; 21(4): 1251-9.

Silva DD, Souza ML, Wada RS. Saúde Bucal em idosos e adultos na Cidade de Rio Claro, São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20 (2): 626-31.

Silva DD, Souza MLR, Toledo R, Lisboa CM, Taglietta MF. Condições de saúde bucal em idosos na cidade de Piracicaba. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2002; 56(3): 183-7.

Silva EFA, Sousa MLR. Autopercepção da saúde bucal e satisfação com a vida em mulheres idosas usuárias de prótese total. Rev Odontol Univ Cid São Paulo. 2006 jan-abr; 18(1): 61-5.

Silva EMM, Gallo AKG, Santos DM, Barão VAR, Freitas Júnior AC. Enfermidades do paciente idoso. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2007; 7(1): 83-8.

Silva SR, Fernandez RC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. Rev Saúde Pública. 2001; 35(4): 349-55.

Silva SRC, Valsecki Júnior A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. Rev Panam Salud Publica. 2000 oct; 8(4): 268-71.

Silveira Neto NS, Luft LR, Trenfin MS, Silva SO. Condições de saúde bucal do idoso: revisão de literatura. RBCEH: Rev Bras Ciên Env Hum. 2007 jan-jun; 4(1): 48-56.

Simões ACA, Oliveira RS, Carvalho DM. O envelhecimento no contexto da odontologia. Rev Triang Ens Pesq Ext Uberaba. 2009 jan-jun; 2(1): 43-52.

Simonsick EM, Guralnik JM, Volpato S, Balfour J, Fried LP. Just get out the door! Importance of walking outside the home for maintaining mobility: findings from the Women's Health and Aging Study. J Am Geriatr Soc. 2005 Feb;53(2): 198-203.

Slade GD, Spencer AJ, Gorkic E, Andrews G. Oral health status and treatment needs of non-institutionalized persons aged 60+ in Adelaide, South Australia. Aust Dent J. 1993 Oct; 38(5): 373-8.

Slade GD, Spencer AJ, Locker D, Hunt RJ, Strauss RP, Beck JD. Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario, and North Carolina. *J Dent Res*. 1996 July; 75(7): 1439-50.

Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dental Health*. 1994; 11(1): 3-11.

Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997; 25(4): 284-90.

Souza ER, Minayo MCS. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(6): 2659-68.

Srisilapanan P, Sheiham A. Assessing the Difference Between Sociodental and Normative Approaches to Assessing Prosthetic Dental Treatment Needs in Dentate Older People. *Gerodontology*. 2001 July; 18(1): 25-34.

Srisilapanan P, Sheiham A. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. *Gerontology*. 2001; 18(2):102-108.

Starr JM, Hall R. Predictors and correlates of edentulism in healthy older people. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2010 Jan; 13(1): 19-23.

Steele JG, Ayatollahi SMT, Walls AWG, Murray JJ. Clinical factors related to reported satisfaction with oral function amongst dentate older adults in England. *Comm Dent Oral Epidemiol*. 2004; 25:143-149.

Steele JG, Sanders AE, Slade GD, Allen PF, Lahti S, Nuttall N, et al. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004 Apr; 32(2): 107-14.

Stenman U, Ahlqwist M, Björkelund C, Hakeberg M. Oral health-related quality of life - associations with oral health and conditions in Swedish 70-year-old individuals. *Gerodontology.* 2012 June; 29(2): e440-6.

Tanure CMC, Barboza JP, Amaral JP, Motta AR. Deglutição no processo normal de envelhecimento. *Rev CEFAC.* 2005 abr-jun; 7(2): 171-7.

Taylor S. *Psicología de la salud.* México: McGraw-Hill Interamericana; 2007.

Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM, Doucette JT. Shared risk factors for falls, incontinence, and functional dependence: unifying the approach to geriatric syndromes. *JAMA.* 1995 May 3; 273(17): 1348-53.

Tsakos G, Marcenes W, Sheiham A. The relationship between clinical dental status and oral impacts in an elderly population. *Oral Health Prev Dent.* 2004; 2(3): 211-20.

Ulinski KG, do Nascimento MA, Lima AM, Benetti AR, Poli-Frederico RC, Fernandes KB, et al. Factors related to oral health-related quality of life of independent Brazilian elderly. *Int J Dent.* 2013; 2013: 705047.

Unfer B, Braun K, Silva C, Pafiadache DA, Pereira Filho LD. Autopercepção da perda de dentes em idosos. *Interface (Botucatu).* 2006 jan-jun; 10(19): 217-26.

United Nations. Report of the Second World Assembly on Ageing. Madrid: UN; 2002. p. 8-12.

Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. Cienc Saude Coletiva. 2005 out-dez; 10(4): 1015-24.

Vasconcelos LCA, Prado Júnior RR, Teles JBM, Mendes RF. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. Cad Saúde Pública. 2012 June; 28(6): 1101-10.

Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Methodological considerations for evaluating quality of life. Salud Publica Mex. 2002 Sept-Oct; 44(5): 448-63.

Veras R. Population aging today: demands, challenges and innovations. Rev Saude Publica. 2009; 43(3): 548-54.

Vilella W. De saúde bucal, saúde mental, saúde sexual: o reiterado retorno à clínica. Cien Saude Coletiva. 2006; 11(1): 18-43.

Watt RG, Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. Community Dent Oral Epidemiol. 2012 Aug; 40(4): 289-96.

World Health Organization/Food and Agriculture Organization of the United Nations. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO Technical Report Series, 916. Geneva: World Health Organization; 2003.

ANEXO 1 - ÍNDICE DE KATZ

Índice de Katz – Sidney Katz (1963)

FUNÇÃO	INDEPENDENCIA Faz sozinho, totalmente, habitualmente e corretamente atividade considerada (0)	DEPENDENCIA			
		PARCIAL		COMPLETA	
		Ajuda não humana (1)	Ajuda humana (2)	O idoso não faz a atividade considerada (3)	
BANHAR-SE Usa adequadamente chuveiro, sabão e/ou esponja	Independente para entrar e sair do banheiro.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou algum apoio material para o banho.	Necessidade de ajuda humana para lavar algumas partes do corpo (costas ou pernas) ou supervisão	Recebe assistência no banho para mais de uma parte do corpo (ou não se banha)	
VESTIR-SE Apanha a roupa do armário ou gaveta, veste-se e consegue despir-se. Exclui-se calçados.	Independente para pegar a roupa e se vestir	Necessidade de apoio de algum objeto para se vestir.	Necessidade de ajuda humana para pegar a roupa.	Dependência total para vestir-se.	
USO DO BANHEIRO Locomove-se até o banheiro, despe-se e limpa-se e arruma a roupa.	Independente para ir ao banheiro e se limpar.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou marreco, comadre e urinol para a higiene	Necessidade de ajuda humana para ir ao banheiro ou se limpar.	Não vai ao banheiro para o processo de eliminação	
TRANSFERIR-SE Locomove-se da cama para a cadeira e vice-versa	Independente para entrar ou sair do leito, sentar e levantar da cadeira.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou de algum apoio material para realizar a transferência	Necessidade de ajuda humana parcial para entrar e sair do leito, sentar e levantar da cadeira.	Não sai da cama. Restrito ao leito	
CONTROLE ESFINCTE- RIANO (Considerar o escore mais alto)	Micção	Independência para controlar a micção	Necessidade de ajuda através do uso regular de urinol, comadre ou marreco para controle da micção e defecação.	Necessidade de ajuda humana para controle da micção) ou usa fralda noturna somente (supervisão)	Dependência total através do uso constante de cateteres ou fraldas
	Evacuação	Independência para controlar os movimentos intestinais	Necessidade de ajuda através do uso regular de urinol, comadre ou marreco para controle da defecação.	Necessidade de ajuda humana para controle da defecação (supervisão) ou usa fralda noturna somente.	Dependência total através do uso constante de fraldas
ALIMENTAR-SE Consegue apanhar a comida do prato ou equivalente e levar à boca	Independente para pegar o alimento e levá-lo até a boca.	Necessidade de ajuda através do uso de adaptadores para a alimentação	Alimenta-se sozinho exceto pela assistência para cortar a carne e passar manteiga no pão.	Dependência total para a alimentação.	

ANEXO 2 - DADOS DEMOGRÁFICOS E SÓCIO-CULTURAIS

Ficha nº:

Nome:

Data de Nasc.: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade: _____ religião: _____

Estado civil: _____

Renda: _____

Asilo: _____

Auto-declaração para o uso de prótese: O Senhor acha que precisa de uma Prótese dentária? _____

ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO DE AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL

Questionário de autoavaliação da saúde bucal, Silva & Fernandes (2001).

1 – Como você avalia sua saúde bucal?

excelente boa regular ruim péssima

2 – Você tem algum problema com seus dentes?

sim não

3 – Você tem algum problema com suas gengivas?

sim não

ANEXO 4 - QUESTIONÁRIO GOHAI (ATCHISON E DOLAN, 1990)

Nos últimos três meses, qual a frequência com que o(a) senhor(a):

(assinalar apenas uma resposta)

PERGUNTAS	Respostas		
	Sempre (1)	Às vezes (2)	Nunca (3)
1. Limitou o tipo ou quantidade de alimento que come devido a problemas com seus dentes ou próteses?			
2. Teve dificuldade em morder ou mastigar certos alimentos como carne ou maçã?			
3. Foi capaz de engolir alimentos confortavelmente?			
4. Percebeu que seus dentes ou próteses o(a) impediram de falar como gostaria?			
5. Foi capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto?			
6. Evitou contato com as pessoas por causa das condições de seus dentes, gengivas ou prótese(s)?			
7. Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto de seus dentes ou próteses?			
8. Preciso usar medicamentos para aliviar dor ou desconforto relativos a sua boca?			
9. Aborreceu-se ou teve preocupações a respeito 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 ao alimentar-se em frente a outras pessoas por causa de seus dentes, gengivas ou próteses?			
12. Sentiu sensibilidade nos dentes ou gengivas ao contato com calor, frio ou doce?			
PONTUAÇÃO			
TOTAL			

* O índice tem valor máximo de 36 e mínimo de 12.

ANEXO 5 - QUESTIONÁRIO IODD

Questionário IODD – Adulyanon e Sheiham (1997)

Nos últimos seis meses, você apresentou algum dos seguintes problemas de origem bucal ou dentária (dor de dente, sangramento de gengiva, dentadura solta, mau hálito, obturação quebrada, feridas na boca, falta de dente, outros) que tenha lhe atrapalhado a desempenhar as seguintes funções (marque o problema com um X)?

1- Comer ou sentir o saber dos alimentos? Sim ____ Não ____ .Frequência ____ Peso ____
Por favor, descreva qual foi o problema: _____

2- Falar ou pronunciar as palavras corretamente? Sim ____ Não ____ .Frequência ____ Peso ____
Por favor, descreva qual foi o problema: _____.

3- Higienizar os dentes? Sim ____ Não ____ .Frequência ____ Peso ____
Por favor, descreva qual foi o problema: _____.

4- Dormir, relaxar, ter uma boa noite de sono? Sim ____ Não ____ .Frequência ____ Peso ____
Por favor, descreva qual foi o problema: _____.

5- Sorrir e mostrar seus dentes sem constrangimento? Sim ____ Não ____ Frequência ____ Peso ____
Por favor, descreva qual foi o problema: _____.

6- Manter um estado emocional equilibrado sem ficar irritado? Sim ____ Não ____ Frequência ____
Peso ____ Por favor, descreva qual foi o problema: _____.

7- Desempenhar seu trabalho ou função social? Sim ____ Não ____ .Frequência ____ Peso ____
Por favor, descreva qual foi o problema: _____.

8- Gostar de ter contato com as pessoas? Sim ____ Não ____ .Frequência ____ Peso ____
Por favor, descreva qual foi o problema: _____.

Frequência (F) na qual o problema acima ocorreu:

- 1- Menos de uma vez ao mês;
- 2- Uma ou duas vezes ao mês;
- 3- Uma ou duas vezes por semana, ou intervalo de até 3 meses no total;
- 4- Três ou quatro vezes por semana, ou intervalo de até 3 meses no total;
- 5- Todo ou quase todo dia, ou intervalo de mais de 3 meses no total.

Peso (P) indica o grau de severidade atribuído pelo indivíduo:

- 0- Nenhuma gravidade;
- 1- muito pouco grave;
- 2- pouco grave;
- 3- gravidade moderada;
- 4- muito grave;
- 5- extremamente grave

ANEXO 6 - USO E NECESSIDADE DE PRÓTESES

CRITÉRIO: PRÓTESES TOTAIS E PRÓTESES PARCIAIS (PPR)

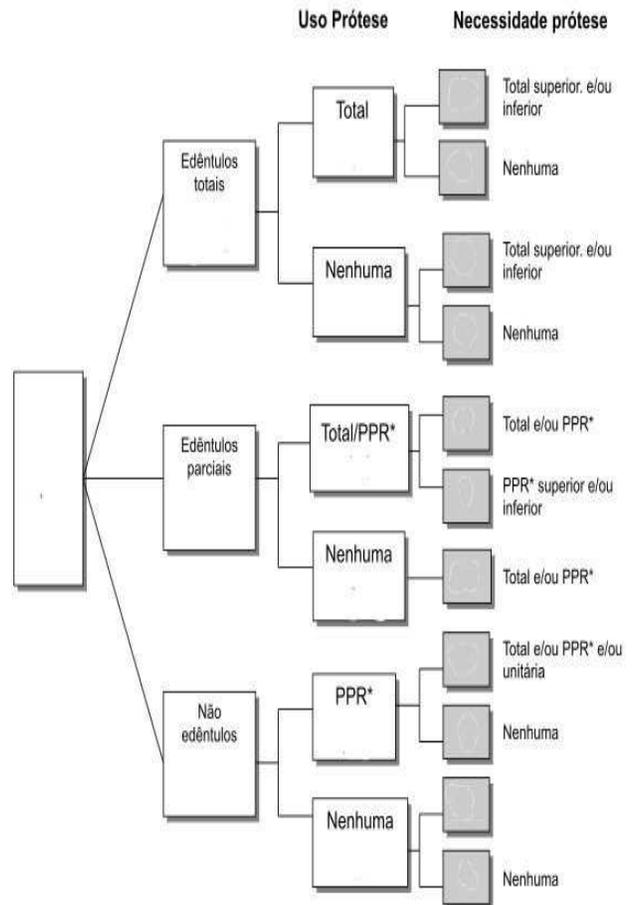
CÓDIGOS:

1-Ausência total de dentes num arco (edentulismo), sem a presença de próteses;

2-Ausência dental de um ou mais elementos, com a presença de prótese;

3- Presença de próteses com comprometimento estético e/ou funcional (próteses quebradas, mal adaptadas, associadas a lesões na mucosa, com desgaste excessivo, sem retenção);

4- A necessidade de prótese foi considerada somente para próteses totais e parciais.



* PPR - Prótese Parcial Removível (*Removable Partial Prosthesis*)

ANEXO 7 - CERTIFICADO DO COMITÊ DE ÉTICA

Comitê de Ética em Pesquisa - Certificado

<http://www.fop.unicamp.br/cep/sistema/certificado.php?Protocolo=13...>



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



CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "**Análise da necessidade de uso de prótese em idosos institucionalizados e não institucionalizados, utilizando-se indicadores sócio dentais e normativos**", protocolo nº 135/2011, dos pesquisadores Arlete Maria Gomes Oliveira e Marcelo de Castro Meneghim, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 02/01/2012.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project "**Analysis of the need for prosthesis use in non-institutionalized and institutionalized elderly, using dental and normative social indicators**", register number 135/2011, of Arlete Maria Gomes Oliveira and Marcelo de Castro Meneghim, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 01/02/2012.

Prof. Dra. Lívia Maria Andaló Tenuta
Secretária
CEP/FOP/UNICAMP

Prof. Dr. Jacks Jorge Junior
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.