

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

LILIANE RAQUEL RIBAS ALÇA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL
DE IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS, VARIÁVEIS
SOCIAIS E DÉFICITS FUNCIONAIS**

Dissertação de Mestrado
apresentada à Faculdade de
Odontologia de Piracicaba da
Universidade de Campinas
para obtenção do título de
Mestre em Odontologia, na
Área de Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo
de Castro Meneghim

Este exemplar corresponde à
versão final da Dissertação
defendida por Liliane Raquel
Ribas Alça, e orientada pelo
Prof. Dr. Marcelo de Castro
Meneghim

Assinatura do Orientador

PIRACICABA, 2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARILENE GIRELLO – CRB8/6159 - BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

AL16a Alça, Liliâne Raquel Ribas, 1970-
Associação entre condições de saúde bucal de idosos não
institucionalizados, variáveis sociais e déficits funcionais / Liliâne
Raquel Ribas Alça. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2012.

Orientador: Marcelo de Castro Meneghim.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

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

Informações para a Biblioteca Digital

Título em Inglês: Association between oral health status of
noninstitutionalized older adults, social variables and functional deficits

Palavras-chave em Inglês:

Dentistry

Epidemiology

Área de concentração: Saúde Coletiva

Titulação: Mestre em Odontologia

Banca examinadora:

Marcelo de Castro Meneghim [Orientador]

Arsenio Sales Peres

Eduardo Hebling

Data da defesa: 15-02-2012

Programa de Pós-Graduação: Odontologia



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, em sessão pública realizada em 15 de Fevereiro de 2012, considerou a candidata LILIANE RAQUEL RIBAS ALÇA aprovada.

A handwritten signature in purple ink, appearing to be "M. de Castro Meneghim", written above a horizontal line.

Prof. Dr. MARCELO DE CASTRO MENEGHIM

A handwritten signature in purple ink, appearing to be "A. Sales Peres", written above a horizontal line.

Prof. Dr. ARSENIO SALES PERES

A handwritten signature in purple ink, appearing to be "E. Hebling", written above a horizontal line.

Prof. Dr. EDUARDO HEBLING

AGRADECIMENTOS

Ao Magnífico Reitor da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP,
Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP, representada
por seu Diretor, Prof. Dr. Jacks Jorge Júnior.

À Prof^a. Dr^a. Renata M. R. Garcia, Coordenadora dos cursos de Pós-
Graduação da FOP/UNICAMP.

À Prof^a. Dr^a. Cinthia Pereira Machado Tabchoury, Coordenadora do
Programa de Pós-Graduação em Odontologia da FOP/UNICAMP.

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, Responsável pela área de Odontologia
Preventiva e Saúde Pública da FOP/UNICAMP.

À Prof^a. Dr^a. Dagmar de Paula Queluz, Chefe de Departamento de
Odontologia Social da FOP/UNICAMP.

A todos os(as) professores(as) do Departamento de Odontologia Social,
pelos conhecimentos transmitidos.

Ao Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim, pela tarefa de orientação nesse
trabalho engrandecendo os conhecimentos e agregando valores.

RESUMO

Até o ano de 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em maior número de idosos. Estima-se que os mesmos irão constituir em 2050 29,7% da população. Segundo dados do levantamento SB Brasil 2010, 15,8% necessita de prótese total em ambas as arcadas e 21% de prótese parcial em um dos arcos. O objetivo deste estudo foi investigar a associação entre as condições de saúde bucal de idosos não institucionalizados e as variáveis sociais, autopercepção, condição cognitiva e depressão. Amostra composta por 78 idosos independentes e parcialmente dependentes, com média de idade de 68,5 anos, ambos os gêneros, dentados ou não. Utilizou-se para a avaliação clínica o índice CPOD (OMS, 1999), o índice de placa de O'Leary (1972) índice de placa para próteses de Shubert & Shubert (1979) e índice gengival de Loe e Silness (1963). Para avaliar a autopercepção foi aplicado o Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) (Atchison & Dolan, 1990) além de responderam a uma questão aberta. Para apontar a presença da depressão nessa amostra foi aplicado o Geriatric Depression Scale (GDS) (Almeida & Almeida, 1999) e para avaliar estado de cognição empregou-se o Mini-Exame do Estado Mental (MMental) (Folstein *et al*, 1975). A estatística foi realizada utilizando-se o teste qui-quadrado e exato de Fisher com nível de significância de 5% e de 10%, para a questão aberta utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin, 2011. Os resultados obtidos apresentaram um CPOD médio para coroa de 24,5 e para raiz de 21,5. O GOHAI médio encontrado de 31,92 (autopercepção moderada); GDS médio de 3,15 com 25,7% da amostra com sugestão de depressão leve a profunda; MMental de 21,7 com 91,1% dos indivíduos com cognição normal. Na avaliação do Índice de Placa de O'Leary, 69,4% estavam excelentes e no índice de Placa de prótese 86,1% estavam excelentes. Na questão aberta a categoria mais citada foi problemas com a mastigação. Concluiu-se com esse estudo que dentre as variáveis sociais, o estado civil apresentou associação com necessidade de prótese em ambas as arcadas; a autopercepção em saúde bucal de moderada a alta (GOHAI) apresentou associação significativa com não necessidade de prótese; o estado

cognitivo (MMental) não apresentou associação com uso e necessidade de prótese; o GDS apresentou associação significativa com o uso de prótese em ambas as arcadas.

Palavras chaves: idosos, saúde bucal, epidemiologia

ABSTRACT

By the year 2025, Brazil will be the sixth country in the world in greater numbers of elderly. It is estimated that they will be in 2050 30.0% of the population. According to the SB Brazil 2010 survey, 15.8% need dentures in both arches and 21% partial denture in one of the arches. The objective of this study was to investigate the association between oral health status of non-institutionalized elderly and social variables, self-perception, cognitive status and depression. Sample composed of 78 independent and partially dependent elderly, mean age 68.5 years, both genders, serrated or not. Was used to evaluate the clinical DMFT (OMS1999), plaque index of O'Leary (1972), plaque index for prosthetic & Shubert Shubert (1979) and gingival index of Loe and Silness (1963). To evaluate the perception was administered the Geriatric Oral Health Assessment (GOHAI) (Atchison & Dolan, 1990) and respond to an open question. To point to the presence of depression in this sample was applied to the Geriatric Depression Scale (GDS) (Almeida & Almeida, 1999) and to assess the state of cognition we used the Mini-Mental State Examination (Mmental) (Folstein et al., 1975 .) Statistical analysis was performed using the chi-square and Fisher's exact with significance level of 5% and 10% for the open question was used Bardin's Content Analysis (2011). The results showed a mean DMFT of 24.5 for crown and root of 21.5. The GOHAI average of 31.92 found (moderate self); GDS average of 3.15 with 25.7% of the sample with the suggestion of mild to profound depression; Mmental average of 21.7 with 91.1% of individuals with normal cognition . In assessing the O'Leary plaque index, 69.4% were excellent and the plaque index prosthesis were 86.1% excellent. In the open question was the category most frequently cited problems with chewing. It was concluded from this study that among the social variables, marital status was associated with need for prostheses in both arches; self-perception of oral health from moderate to high (GOHAI) showed significant association with no need for prostheses; the cognitive state

(Mental) was not significantly associated with the use of prostheses in both arches.

Keywords: elderly, oral health, epidemiology

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	REVISÃO DA LITERATURA	2
3	PROPOSIÇÃO	15
4	MATERIAL E MÉTODOS	16
4.1	Aspectos Éticos	16
4.2	Tipo de Estudo	16
4.3	Local de Estudo	16
4.4	Amostra	17
4.5	Desenho do Estudo	18
4.6	Critérios de Inclusão/Exclusão	18
4.7	Calibração e Fase Piloto	19
4.8	Local e Condição dos Exames	19
4.9	Ferramentas de Análise	20
4.9.1	Ficha de Identificação	20
4.9.2	Condição Dentária	20
4.9.3	Uso e Necessidade de Prótese	21
4.9.4	Índice de Placa	22
4.9.5	Índice Gengival	24
4.9.6	Autopercepção	24
4.9.7	Questão Discursiva	25
4.9.8	Depressão	25
4.9.9	Cognição	26
5	ANÁLISE ESTATÍSTICA	28
6	ANÁLISE DE CONTEÚDO	29
7	RESULTADOS	30
8	DISCUSSÃO	37
9	CONCLUSÃO	43
	REFERÊNCIAS	44
	ANEXOS	52

1 INTRODUÇÃO

O Brasil apresenta atualmente 190.732.694 de habitantes (IBGE, 2008). Desta população, 19 milhões (10%) é constituída por pessoas com 60 anos ou mais, sendo que, as projeções estimam 11% de idosos já em 2020 e 30% em 2025, aproximadamente.

A situação de saúde bucal dos idosos brasileiros é precária e pode ser observada pelo quadro epidemiológico apresentado pelo SB Brasil 2010, onde foi detectado mais de 3 milhões de idosos (15,8%) que necessitam de prótese total em ambos os arcos e outros 4 milhões (21%) que necessitam de prótese parcial em pelo menos uma das arcadas (Brasil, 2010).

Entre os vários estudos sobre a saúde bucal em idosos, muitos são baseados em levantamentos epidemiológicos de cárie dentária, presença de lesões de tecidos moles, índices periodontais, uso e necessidade de prótese (Padilha & Souza 1997; Mello & Padilha 2001; Silva *et al.* 2002; Silva *et al.* 2004; Colussi *et al.* 2004; Reis *et al.* 2005; Gaião *et al.* 2005), sendo que, alguns associados com autopercepção utilizando índices como o GOHAI e OHIP ou condições sócio-econômicas e demográficas (Strauss & Hunt, 1993; Silva e Fernandes, 2001; Rodrigues *et al.* 2003).

A maioria dos estudos está pautada na análise do CPO e GOHAI, onde as pessoas idosas atribuem valores positivos à sua saúde bucal, mesmo com estados clínicos desfavoráveis, como demonstrado nos estudos de Silva *et al.* (2005); Silva & Sousa (2006); Unfer *et al.* (2006); Henriques *et al.* (2007); Simões & Carvalho (2011).

Considerando que está bem estabelecida na literatura científica a relação das condições clínicas e autopercepção dos idosos e que, esta relação apresenta uma resultante conflituosa, é necessário associar outros índices como os instrumentos que rastreiam estados depressivos e de cognição, para discutir o possível impacto dessas variáveis na condição de saúde bucal dos idosos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A tendência mundial à diminuição da mortalidade e da fecundidade e o prolongamento da esperança de vida tem levado ao envelhecimento da população. Devemos considerar que o envelhecimento populacional nos dias atuais é um fenômeno mundial, que ocorreu e vem ocorrendo nos países desenvolvidos primeiramente e depois, também nos países em desenvolvimento. No Brasil entre 1950 e 2025 a população de idosos crescerá 16 vezes contra o aumento cinco vezes da população total, ocasionando uma transformação drástica na estrutura etária brasileira. A grande diferença está relacionada às condições nas quais se deu esse envelhecimento. Nos países desenvolvidos, a transição demográfica ocorreu gradualmente ao longo de um período maior de tempo, conseqüentemente a um maior desenvolvimento sócio-econômico e cultural. Nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, essa mudança foi brusca e despreparada (Chaimowicz, 2004; Tibério *et al.*, 2006; Paschoal *et al.*, 2007).

A saúde bucal, parte integrante e inseparável da saúde geral dos indivíduos tem sido relegada ao completo esquecimento, no caso brasileiro, quando se discutem as condições de saúde da população idosa. Para as pessoas idosas, proteção e promoção da função mastigatória são essenciais na manutenção da qualidade de vida, sob ponto de vista físico e social, sendo assim a odontologia geriátrica ganha importância e deve incluir não somente tratamento protético, restaurador e periodontal, mas também medidas preventivas (Tibério *et al.*, 2005).

Percebe-se que a perda total dos dentes é aceita pela sociedade e pelos odontólogos como algo normal e natural com o avanço da idade, o que evidentemente é falso. Os serviços odontológicos públicos possuem extrema limitação de atendimento no que se refere ao atendimento de adultos. Limitam-se as práticas mutiladoras, salvo exceções localizadas. No que tange ações programáticas de saúde bucal voltadas para a 3ª idade, estas são praticamente inexistentes em nosso país. Quando o edentulismo se faz presente, é porque

medidas de atenção à saúde bucal inexistiram ou fracassaram integralmente. Frente a esse quadro, onde temos um aumento demográfico deste seguimento populacional e um relativo vazio de pesquisas e estudos específicos, há que se definir prioridades que orientem uma reestruturação do sistema e uma mudança de atitude frente aos problemas de saúde bucal que, em última instância, resultam nestas precárias condições de saúde bucal entre os idosos (Pucca, 2008).

Muitas pessoas à medida que envelhecem, perdem a habilidade manual, devido a processos de artrite, artrose, degeneração mental ou outros. Pelo fato de apresentarem um ou mais problemas seguidos também pela diminuição da visão, escovar os dentes torna-se difícil. Somando-se a isso a falta de motivação, devido ao afastamento da vida social, certos idosos acabam por perder seus dentes (Mello, 2005).

A dependência do idoso é vista como algo natural e esperado, mas na verdade, sabe-se que quando ele é acometido por patologias que o levam à condição de dependência parcial ou total, é possível ainda reabilitá-lo para que recupere a capacidade de realizar uma ou outra atividade de vida diária. A reabilitação de algumas funções, embora muitas vezes possa parecer insignificante para a família, devolve ao idoso a capacidade do fazer por ele mesmo, ou seja, do autocuidado. Pode-se entender avaliação funcional, dentro de uma função específica, como sendo a avaliação da capacidade de autocuidado e de atendimento às necessidades básicas diárias, ou seja, do desempenho das atividades de vida diária (Rosa *et al.* 1993).

Há muitas escalas que avaliam a capacidade funcional. O Índice de Katz avalia indivíduos idosos, doentes crônicos e aqueles em longos períodos de recuperação hospitalar ou ser utilizado para avaliar a capacidade funcional do indivíduo na comunidade. As atividades contempladas são descritas como Atividades de Vida Diárias (AVDs) e permite atribuir diferentes graus de independência funcional aos sujeitos nos atos de: banhar-se, vestir-se, usar o banheiro para eliminações, mobilizar-se da cama para a cadeira, ter continência das eliminações e alimentar-se. Os graus considerados para a independência ou

dependência funcional são progressivos, desde a independência total para todas as funções (grau A), até a dependência total para realizar as seis funções avaliadas (grau G) (Katz *et al*, 1963).

Depressão é condição clínica freqüente no idoso, embora bastante comentada, nem sempre é conhecida por muitos profissionais de saúde pouco familiarizados com o envelhecimento. Diante da importância desses transtornos e da dificuldade diagnóstica, é fundamental, portanto, que os profissionais de saúde tenham familiaridade com as características da depressão no idoso. Várias escalas para avaliar sintomas depressivos foram desenvolvidas, a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) ou *Geriatric Depression Scale (GDS)* é um dos instrumentos mais freqüentemente utilizados para o rastreamento de depressão em idosos. Entre as suas vantagens destacam-se: é composta por perguntas fáceis de serem entendidas; tem pequena variação nas possibilidades de respostas; pode ser auto-aplicada ou aplicada por um entrevistador treinado. Além disso, versões reduzidas da GDS com 1, 4, 10, 15, e 20 questões (em contraste com as 30 questões da versão original) vêm sendo utilizadas de forma cada vez mais frequente, já que o tempo gasto com sua aplicação pode ser substancialmente reduzido (Almeida & Almeida, 1999; Paradela *et al*, 2005; Canineu, 2007).

Segundo dados do Ministério da Saúde obtidos pelo Projeto SB Brasil (2010), a população idosa brasileira apresenta valores preocupantes em relação a sua saúde bucal. O índice CPOD encontrado na faixa de 65 a 74 anos é de 27,5; sendo o componente perdido responsável por 91,9% deste índice. Em relação aos problemas periodontais avaliado pelo Índice Periodontal Comunitário, 1,8% apresentavam-se sem nenhum problema e com doença periodontal severa (bolsa periodontal + 4mm) a porcentagem foi de 0,8%. O que chamou atenção foi uma grande quantidade de sextantes excluídos com 90,5%. Quanto a autopercepção de saúde bucal, 3,0% estavam muito insatisfeitos e 44,5% estavam satisfeitos. Foi detectado mais de 3 milhões de idosos (15,8%) que necessitam de prótese total

em ambos os arcos e outros 4 milhões (21%) que necessitam de prótese parcial em pelo menos uma das arcadas (SB Brasil 2010).

Entender o valor que os idosos atribuem aos seus dentes é importante na construção de um serviço odontológico voltados a eles, e também para motivá-los nos cuidados com a saúde bucal, para determinar o quanto à condição dentária afeta qualidade de vida de idosos de uma região dos Estados Unidos foram entrevistados 1000 idosos. A entrevista incluía uma série de itens que destacava a percepção sobre o impacto da condição bucal nos relacionamentos, mastigação e saúde. Mais de 50% das respostas demonstraram que a influência da condição bucal foi: aparência para os outros, aparência para si próprio, comer em geral, apreciar a comida, mastigação e conforto. O entendimento dessas questões realça a abordagem e as estratégias usadas pela equipe de saúde oral que lida com essas pessoas (Strauss & Hunt, 1993).

É importante considerar que o paciente avalia sua condição bucal com critérios diferentes do profissional, levando em consideração principalmente fatores dolorosos ou incômodos e estéticos. Para isso é necessário entender como o indivíduo idoso percebe a condição de sua boca, pois seu comportamento é condicionado por esta percepção e pela importância dada a ela. Estudos sobre essa percepção mostram que ela está relacionada com alguns fatores clínicos, fatores qualitativos como sintomas das doenças e a capacidade de sorrir, falar ou mastigar, além de ser influenciada por fatores como classe social, idade, renda e sexo. Em idosos, a percepção também pode ser afetada por valores pessoais, como a crença de que algumas dores e incapacidades são inevitáveis nessa idade, o que pode levar a pessoa a superestimar sua condição bucal (Rodrigues *et al.* 2003; Silva e Fernandes, 2001).

Saliba *et al.*(1999) apresentaram um estudo baseado em um questionário elaborado contendo informações gerais e específicas sobre o estado de saúde bucal dos idosos (presença de dentes na boca, uso de algum tipo de prótese, necessidade de tratamento odontológico, tempo da última visita ao dentista, motivo da consulta, tipo de serviço procurado, presença de algum

problema bucal), aplicado em 90 indivíduos pertencentes a 3 instituições de amparo ao idoso do município de Araçatuba (SP, Brasil), que foram entrevistados pessoalmente por uma profissional, a qual registrou os dados coletados. Os resultados mostraram que 57% relataram que necessitam de tratamento odontológico, 90% indicaram ter visitado o dentista somente quando necessário, 36,6% encontram-se insatisfeitos com seu estado de saúde bucal, sendo que 67% gostaria de receber algum tipo de tratamento odontológico. A necessidade sentida em receber tratamento odontológico mostra que esta parcela da população é capaz de avaliar suas necessidades e seus problemas.

Nápoles *et al.* (2006); Antúnez *et al.* (2006); Moimaz *et al.* (2004); Moimaz *et al.* (2004); Carvalho & Cermack (2003); Prado *et al.* (2002); Souza *et al.* (2001); Melo *et al.* (2001) efetuaram estudos aplicando programa de saúde bucal para idosos com auxílio de métodos educativos e preventivos, como palestras, orientação em grupo e individual, escovação supervisionada, controle de placa com evidenciação com corantes dos dentes e das próteses, cuidados com a manutenção das próteses, lesões dos tecidos moles. Realizaram avaliações repetidas em intervalos de tempo variados. Como conclusão houve uma diminuição nos índices de placa, conseqüentemente na melhora da saúde bucal, ressaltando que mesmo com idades avançadas, indivíduos motivados têm capacidade de aprender, necessitando apenas de incentivo e orientação.

Silva & Fernandes (2001) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a autopercepção das condições de saúde bucal por idosos e analisar os fatores clínicos, subjetivos e sociodemográficos que interferem nessa percepção com aplicação de um questionário e o índice GOHAI e também exame clínico para determinar a prevalência das principais doenças bucais. O exame clínico revelou grande quantidade de doenças bucais, apesar de 42,7% das pessoas avaliarem sua condição bucal como regular. A percepção da saúde bucal teve pouca influência nas condições clínicas, mostrando ser necessário desenvolver ações preventivas e educativas para a população.

Padilha & Souza (1997); Mello & Padilha (2001); Silva *et al.* (2002); Silva *et al.* (2004); Colussi *et al.* (2004); Reis *et al.* (2005); Gaião *et al.* (2005) realizaram estudos com idosos institucionalizados e não institucionalizados, para determinar as condições de saúde bucal. Utilizaram entrevistas sobre informações sócio-demográficas, consultas a prontuários e exame clínico. Os dados levantados apontaram para um alto índice CPOD e de doenças periodontais, muitos indivíduos edêntulos e com necessidade de próteses. Mesmo quando comparados com idosos de outro país (Inglaterra), estes também apresentaram uma saúde bucal pobre. Todos concluíram haver necessidade de criar-se programas de saúde bucal voltados para essa população.

Santos *et al.* (2002) objetivou avaliar a satisfação de idosos em relação à sua qualidade de vida. Os dados foram obtidos através de uma entrevista estruturada composta por duas partes: a primeira constituindo-se dos dados sócio-demográficos e a segunda, da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (EQVF), que conceitualiza qualidade de vida a partir de cinco dimensões, bem estar físico e material, relações com outras pessoas, atividades sociais, comunitárias e cívicas, desenvolvimento pessoal e realização, e recreação. Houve predominância do gênero feminino (79,7%), 41,4% eram viúvos, 87,5% católicos, 75,8 recebiam de 1 a 3 salários mínimos e 82,0% tinham moradia própria. A análise da EQVF extraiu 5 fatores que se inter-relacionam, porém, na ordem prioritária de satisfação apareceu: desenvolvimento pessoal e realização; relação com familiares; participação social; bem-estar físico e material; amizade e aprendizagem.

Braga *et al.* (2002) desenvolveram um estudo com o objetivo de caracterizar as condições das próteses, realizou-se um trabalho com idosos usuários de próteses totais. Para a obtenção dos dados, o trabalho constou das seguintes etapas: entrevistas e exame clínico. Descrição dos critérios de análise das próteses: estabilidade, retenção, oclusão, dimensão vertical. As próteses foram consideradas funcionais quando apresentaram boas condições técnicas e biomecânicas, mediante os principais fatores testados. A insatisfação com as

próteses, para mais de 50% das pessoas, estava ligada principalmente a fatores funcionais.

Brondani (2002) realizou uma revisão de 5 propostas de programas educacionais odontogerítricos publicadas na literatura mundial e concluiu que atividades educacionais preventivas em nível de saúde bucal envolvem a interação entre ensino e aprendizagem, caracterizando-se como uma via de mão dupla. Neste processo, visando a sensibilização, motivação e interesse do idoso em aprender e compreender, torna-se necessário observar o conteúdo do que se quer ensinar, maneira, freqüência e público alvo.

Rodrigues *et al.* (2003) realizaram uma pesquisa sobre percepção de saúde bucal em idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica. Utilizaram metodologia qualitativa através de uma entrevista semi-estruturada, visando obter dados quanto à percepção e os sentimentos desses indivíduos em relação à sua saúde bucal, por meio das seguintes questões: “para você o que ter boa saúde bucal?” e “você considera que possui saúde bucal?”. É importante considerar que o paciente avalia sua condição bucal com critérios diferentes do profissional, levando em consideração principalmente fatores dolorosos ou incômodos e estéticos. Os entrevistados tinham consciência da sua real condição de saúde bucal, e os resultados mostraram que eles têm uma percepção mais positiva que negativa sobre seus dentes. Isto quer dizer que apesar de experimentar alguns problemas, que têm impacto negativo em suas vidas, eles geralmente dão um valor positivo para seus dentes.

Miotto & Loureiro (2003) propuseram avaliar o efeito das características sociodemográficas e a utilização de serviços odontológicos sobre o impacto dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida. Foram utilizados quatro roteiros para entrevistas padronizadas, que coletaram informações sociodemográficas; socioeconômicas; condição bucal; utilização dos serviços odontológicos; também foi utilizado o questionário OHIP, instrumento criado para avaliar o impacto biopsicossocial da doença bucal. Foram avaliados 250 indivíduos, desses 49,2% tinham mais de 60 anos, 57,2% do gênero feminino e quanto a condição dentária

51,4% eram edentados totais. A avaliação estatística do OHIP mostrou que as mulheres e os dentados que necessitavam de PPR apresentaram maior impacto. Os resultados forneceram informações para formulação de políticas de saúde e avaliação de serviços, considerando a percepção das pessoas sobre impactos dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida.

Silva *et al.* (2005), avaliaram as condições de saúde bucal clinicamente e através da autopercepção usando o índice GOHAI em indivíduos com mais de 60 anos residentes em Rio Claro (SP, Brasil). A amostra foi dividida em G1, como grupo sem acesso a tratamento odontológico conveniado e G2, grupo com acesso a tratamento odontológico conveniado. O CPOD foi de 29,13, maior no G1; a porcentagem de edentulos foi de 45,5 % maior também no G1. A média do GOHAI foi de 33,61, qualificando como positiva a percepção da saúde bucal e houve diferença apenas na dimensão física, com maior valor no G2. A autopercepção da saúde bucal foi satisfatória, o que não pode ser confirmado com os dados clínicos obtidos nos grupos.

Silva & Sousa (2006) objetivaram com seu estudo buscar a relação entre a autopercepção da saúde bucal e a satisfação global com a vida. Foi realizada com mulheres com idade acima de 60 anos, por meio dos questionários: ficha sócio econômica adaptada do projeto SB 2000; pergunta única de autopercepção de como a paciente classificaria seu atual estado de saúde bucal (não sabe, péssima, ruim, regular, boa e ótima); índice GOHAI; escala de autoavaliação de Cantril (mede a satisfação global com a vida). Em relação a pergunta sobre autopercepção, 41% classificou como boa, o GOHAI teve pontuação média de 29,6 traduzida como ruim, os resultados do índice de Cantril médio foi de 7,7 indicando uma grande satisfação global com a vida. A conclusão foi que a satisfação global com a vida é provavelmente algo muito mais amplo e abrangente do que os fatores de satisfação relacionados com a saúde bucal. E procurar relações entre saúde bucal e saúde geral, por meio da autoavaliação em indivíduos idosos fornece informações e conhecimento relevantes no

relacionamento entre os pacientes e os profissionais para que possam assegurar no futuro melhores condições de tratamento.

Unfer *et al* (2006) avaliaram a capacidade mastigatória de idosos, através da utilização do método proposto por Leake que classifica de acordo com a autopercepção da sua capacidade em mastigar certos alimentos, relacionando os resultados encontrados com a autopercepção da satisfação mastigatória e avaliando o uso de prótese com a capacidade de mastigar os alimentos. A maioria dos idosos que participaram possuía capacidade mastigatória, de acordo com índice proposto por Leake. Considerando o alto número de idosos que usam prótese, o autor concluiu que é necessário implementar programas de educação em saúde enfatizando os aspectos que envolvem a manutenção das mesmas, com vistas a assegurar que a condição mastigatória seja a melhor possível, sem prejuízos para a nutrição, função e estética dos idosos.

Matos & Lima-Costa (2006) verificaram quais fatores de predisposição e facilitação, da condição de saúde bucal, de necessidade de tratamento e de comportamento estão associados à auto-avaliação da saúde bucal entre adultos (35-44 anos) e idosos (65-74 anos) residentes na Região Sudeste do Brasil. Fizeram parte deste trabalho 3.240 pessoas participantes do Projeto SB-Brasil/Região Sudeste. As características daqueles que avaliaram a sua saúde bucal como ótima ou boa foram comparadas às daqueles que avaliaram como regular, ruim ou péssima. No modelo final, as características independentemente associadas à melhor auto-avaliação da saúde bucal entre os adultos foram renda domiciliar *per capita* \geq R\$ 181,00, não necessidade atual de tratamento odontológico, município de residência com mais de 50 mil habitantes e visita ao dentista há \geq 3 anos. Entre os idosos foram: renda domiciliar *per capita* \geq R\$ 181,00, não necessidade atual de tratamento odontológico e possuir entre 1 a 19 dentes. Os resultados confirmaram estudos de outros países, mostrando a existência de associações entre auto-avaliação e fatores de predisposição e facilitação, condição de saúde bucal, necessidade de tratamento e comportamento.

Henriques *et al.* (2007) apresentaram um estudo para verificar a saúde bucal e a autopercepção de idosos do município de Araraquara (SP, Brasil), aplicando-se o índice GOHAI, o modelo de Silva & Castelhanos Fernandes e exame clínico. As condições de saúde bucal apresentaram-se insatisfatórias, com alta prevalência de doença periodontal e próteses não funcionais. A autopercepção em relação à saúde bucal mostrou-se ruim, com associação não significativa com variáveis clínicas referentes à doença periodontal, cárie radicular e uso de próteses não funcionais.

Um estudo foi feito no universo da população brasileira urbana adulta, dividida em dois subuniversos, o da terceira idade (60 anos e mais) e o de jovens e adultos (16 a 59 anos). A abordagem foi domiciliar, com aplicação de questionários estruturados, que somaram 155 perguntas dirigidas aos idosos (cerca de 350 variáveis) e 75 perguntas aos não idosos. Comparativamente aos brasileiros jovens e adultos não idosos (16 a 59 anos), a população idosa brasileira urbana (60 anos e mais) é mais feminina, declara-se mais da cor branca, é mais católica e menos escolarizada – metade é atingida pelo analfabetismo funcional. Entre os homens idosos prevalecem os casados, a maioria vive com a mulher e ao menos um filho, sendo a parceira a pessoa que lhes dá mais atenção. Entre as idosas prevalecem as viúvas, a maioria vive com um filho ou filha, de quem recebe mais atenção (Sesc & Fundação Abramo, 2007).

Alves *et al.* (2008) realizaram um estudo com o objetivo de identificar os perfis de capacidade funcional e saúde dos idosos no Brasil, bem como a prevalência destes perfis, no ano de 2003. Os dados foram obtidos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 (PNAD 2003). A amostra foi constituída de 33.786 idosos. O *Grade of Membership* foi utilizado na definição dos perfis, sendo gerados três perfis. Os idosos com total pertinência ao Perfil 1 ("idosos saudáveis") foram caracterizados por possuírem menor probabilidade de ocorrência de qualquer tipo de incapacidade funcional e doenças crônicas em relação à população total, com 50,8% de representantes na amostra. Os idosos com pertinência total ao Perfil 2 ("idosos com incapacidade funcional leve")

representados por 33,7% e apresentaram principalmente hipertensão e problemas na coluna. Quanto à capacidade funcional, os idosos foram independentes nas atividades de vida diária e apresentaram grande dificuldade na mobilidade. Os idosos tipos puros do Perfil 3 ("idosos com incapacidade funcional grave") tiveram maior probabilidade de ocorrência de todas as doenças crônicas, grande dificuldade com as atividades de vida diária e dependência na mobilidade, sendo 15,5% com essas características. Os perfis observados apontam que a abordagem da capacidade funcional se torna essencial para a promoção da saúde dos idosos.

McGrath *et al.* (2009) realizaram uma revisão da efetividade dos estudos de promoção de saúde oral direcionados aos idosos entre 1997 e 2007. Foram revisadas evidências de atividades de promoção de saúde bucal para a prevenção da cárie, a melhoria da saúde periodontal, e alteração dos comportamentos de saúde bucal. O uso de flúor, agente antimicrobiano e programas de educação em saúde para cuidadores têm um papel importante no âmbito das atividades de promoção da saúde bucal de idosos. Os estudos tendem a ser de curta duração e contam com medidas de desfecho substituto da saúde bucal. Nesses 10 anos houve uma crescente atenção dada as atividades de promoção da saúde bucal na população idosa com evidências de alta qualidade emergiram. No entanto, há uma necessidade de estudos com qualidade ainda maior para fornecer orientações mais definitivas sobre as práticas de promoção oral para idosos.

Costa *et al.* (2010) em um estudo avaliou a autopercepção das condições de saúde bucal em idosos institucionalizados ou não, por intermédio da aplicação de um exame bucal e um questionário composto por três partes: dados demográficos, saúde geral e o índice GOHAI. A amostra foi de 96 indivíduos com 60 anos ou mais, residentes em Fortaleza, CE, Brasil, dividida em G1 – idosos institucionalizados (n=48) e G2 – idosos não institucionalizados (n=48). Apesar de 84,4% dos idosos acreditarem que sua saúde está excelente ou razoável, a média de dentes presentes foi de 3,9 nos dois grupos, constatando-se uma população

predominantemente de edêntulos. Dentre eles, 47,9% usavam prótese total superior e 26% inferior. A média do GOHAI foi de 17,53, qualificando como negativa a saúde bucal, e não houve diferença entre os dois grupos em relação aos aspectos físicos e psicológicos.

Em um estudo que teve como objetivo avaliar a influência da saúde bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade do Recife (PE), bem como verificar se a saúde bucal tem a mesma relevância para os dois grupos estudados. Para avaliar a percepção de saúde bucal, utilizou-se o índice Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). As faixas do GOHAI foram categorizadas em baixa percepção (≤ 50), média ou regular (51 a 60) e alta (57 a 60). As condições de saúde bucal foram representadas pelo índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados). Observou-se que o percentual dos que tinham o GOHAI até 50 pontos (baixa percepção de saúde bucal) foi bem elevado no grupo dos não institucionalizados em relação ao grupo dos institucionalizados (92,2% x 64,9%). As médias do CPO-D e do número de dentes perdidos foram correspondentemente mais elevadas no grupo de institucionalizados do que no grupo de não institucionalizados (96,01% x 87,87%). Portanto a percepção de saúde bucal foi baixa para mais da metade dos idosos examinados, existindo diferença significativa entre os dois grupos em relação à categoria do GOHAI, sendo os valores mais baixos encontrados para o grupo não institucionalizado. O resultado da percepção de saúde foi compatível com o grande número de dentes cariados e perdidos (Souza *et al*, 2010).

Haikal *et al.* (2011) realizaram um estudo, de abordagem quantitativa, que objetivou aprofundar o entendimento das relações entre autopercepção, impacto na qualidade de vida e condições bucais de idosos. Exame clínico e entrevista gravada contendo questões objetivas e discursivas foram realizados com 45 idosos. Conduziu-se análise descritiva quantitativa das questões objetivas e referentes ao exame clínico e à análise de conteúdo das questões discursivas de abordagem qualitativa. Imagens fotográficas do estado bucal foram relacionadas a trechos das entrevistas. A análise quantitativa

evidenciou: 4,8 dentes em média; CPOD médio de 29,9; 57,7% eram desdentados, 60% acreditavam não necessitar tratamento, 75% sofriam impacto na qualidade de vida devido às condições bucais, apesar de 67% perceberem positivamente sua saúde bucal. Na análise qualitativa constatou-se subestimação de sintomas, falta de esperança e resignação frente às limitações impostas pelo precário estado clínico. Muitos encararam as limitações como consequência do envelhecimento e não como problema que mereça ser corrigido. O que mais incomodou foram as relações de dependência e a proximidade com a morte, minimizando outros problemas. A população idosa foi informada de que poderia modificar sua autopercepção, conscientizando-a que esta realidade pode ser modificada.

3 PROPOSIÇÃO

Esse estudo teve como objetivo investigar a associação entre as condições de saúde bucal de idosos não institucionalizados e as variáveis sociais, autopercepção, condição cognitiva e depressão.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Aspectos Éticos

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP, de acordo com a resolução 196 de 10/10/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e recebeu aprovação com protocolo número 064/2010 (Anexo 1).

4.2 Tipo de estudo

Observacional, do tipo transversal

4.3 Local do estudo

Segundo os dados da Agencia Metropolitana de Campinas (Agemcamp), Campinas é uma cidade com área territorial de 796km² e uma população em 2011 de 1.090.915; onde 19,28% apresentavam 15 anos e menos, e 12,39% com 60 anos e mais. Estes idosos, onde predominam as mulheres, estão divididos de forma desigual dentro das microáreas que compõem a cidade. Segundo o levantamento SB 2000 do município de Campinas, SP, nessa faixa etária 41,67% usavam algum tipo de prótese no arco superior e 33,33% no arco inferior e o índice CPOD encontrado foi de 27,50. Semelhante ao encontrado na população dessa faixa etária no Brasil, que apresentou dados do índice CPOD de 27,8; 7,9% apresentavam problemas periodontais; 43,6% tinham uma autopercepção de saúde bucal péssima e 47,8% relataram dificuldade mastigatória.

A cidade conta com um Centro de Referência do Idoso (CRI) que ajuda no tratamento e na prevenção de complicações do envelhecimento como internações, queda, imobilidade, mortalidade, entre outras. Apresenta uma equipe especializada no atendimento à população idosa que mais precisa. São encaminhados para o Centro, pacientes acima de 60 anos, residentes em

Campinas previamente avaliados nos Centros de Saúde, ou encaminhados pelas enfermarias da Clínica Médica do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, da Irmandade de Misericórdia de Campinas (Santa Casa) e da Real Sociedade Beneficência Portuguesa.

O Centro de Referência à Saúde do Idoso conta com 20 leitos e serviços especializados que avaliam a situação física, mental e social do idoso, além de promover sua autonomia e independência e melhorar sua capacidade funcional. Os profissionais da unidade também dedicam uma atenção especial à família do idoso, valorizando os maiores responsáveis pelo cuidado, utilizando para isso atividades em grupo com orientações educativas e preventivas ao cuidador. Todo esse esforço visa garantir melhores resultados no tratamento e na reabilitação do idoso. Em 2011 apresentava 400 pacientes cadastrados.

No CRI, o paciente idoso conta com o atendimento nas seguintes áreas: consulta médica geriátrica; consulta de enfermagem; avaliação e intervenção fisioterápica; avaliação e intervenção psicológica e psicoterápica; avaliação e intervenção nutricional; avaliação e intervenção de terapeuta ocupacional; avaliação e intervenção social. E também recebe outras atividades, tais como, grupo do cuidador; grupo terapêutico; atividades socioterápicas; grupos de orientações específicas; atividades de sala de espera; atividades de educação em saúde. Esse local foi escolhido para a realização da pesquisa por receber idosos de todas as regiões do município e por não apresentar nenhuma assistência odontológica.

4.4 Amostra

A amostra foi composta por indivíduos com idade entre 60 e 75 anos, ambos os gêneros, que freqüentaram o CRI no período de novembro de 2010 até fevereiro de 2011. Quanto à condição dentária, eram dentados, parcialmente dentados e edentulos.

Tratou-se de amostra de conveniência.

4.5 Desenho do estudo

Os freqüentadores do CRI foram abordados na sala de espera enquanto aguardavam suas consultas de rotina ou para participar das atividades em andamento na Unidade. Nesse momento recebiam informações sobre saúde bucal, sobre a pesquisa realizada e a pesquisadora convidava para participar do estudo. Após aceitarem o convite para participar da pesquisa e tomarem conhecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Comitê de Ética em Pesquisa, os idosos eram encaminhados a uma sala de atendimento preparada para as avaliações e para orientação de higiene bucal com lavatório e espelho. Estas eram iniciadas pela aplicação do MMental, do preenchimento da ficha de identificação, GOHAI, GDS e questão aberta. Após isso era realizado o exame clínico para verificação da condição dentária, uso e necessidade prótese, do índice gengival e dos índices de placa dental e da prótese, conforme o caso. Por fim, os idosos recebiam orientação sobre higiene oral e um kit de higiene oral contendo 1 escova dentária, 1 escova para prótese, 1 tubo de creme dental, 1 rolo de fio dental e na própria sala e eram incentivados a realizar a escovação dos dentes e das próteses até a remoção total do evidenciador de placa, antes de serem dispensados.

4.6 Critérios de inclusão/exclusão

Foram incluídos neste estudo indivíduos com idade de 60 a 75 anos, ambos os gêneros. Quanto à condição dentária: dentados, parcialmente dentados e edentados. Apresentaram condição visual e auditiva que permitiu interação com o pesquisador.

Foram utilizadas as informações contidas nos prontuários dos pacientes para excluir os pacientes com estado demencial grave, que não permitiria uma autoavaliação, e os pacientes dependentes. Sendo a avaliação da cognição feita por meio do Mini-Mental State, O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein *et al.* (1975) e os critérios de funcionalidade baseados em Rosa *et al.* (1983) que determinam que são independentes os indivíduos sadios

que podem apresentar doenças crônicas controladas por medicação ou que apresentam declínio sensorial associado à idade, mas que vivem sem necessitar de ajuda; e pelo índice de Katz *et al.* (1963) ou índice do grau de independência nas atividades da vida diária, que se baseia numa avaliação da independência ou dependência funcional dos pacientes para banhar-se, vestir-se, usar o sanitário, mobilizar-se, ser continente e comer sem ajuda e também independência significa que a função se cumpre sem supervisão, direção ou ajuda pessoal ativa (Katz *et al.*, 1963; Folstein *et al.* 1975; Rosa *et al.*, 1993).

4.7 Calibração e fase piloto

Anterior à fase experimental, o examinador recebeu treinamento prévio, tendo como finalidade se obter uma estimativa da extensão diagnóstica, até que uma constância aceitável fosse alcançada e permanecesse acima de 0,90, para as variáveis: índice CPO, índice gengival, índices de placa (para os dentes e para as próteses), mensurada através da estatística KAPPA (Landis & Kock, 1977). O período de treinamento desenvolvido foi de 04 sessões de 4 horas cada e mais 04 horas para o processo de calibração. Foi desenvolvida uma fase piloto, na qual foram examinados 10% dos indivíduos, objetivando-se encontrar possíveis dificuldades para a realização do experimento.

4.8 Local e condições dos exames

Todos os exames foram realizados em uma sala de atendimento do CRI, com cadeira comum, com luz natural, feitos com auxílio de sonda com ponta esférica (modelo da OMS) e espelho bucal plano. A evidenciação de placa, tanto dos dentes quanto das próteses, foi realizada com solução evidenciadora de placa. A instrução de higiene oral foi realizada com escovação até a total remoção da solução evidenciadora de placa dos dentes e das próteses em uma pia com altura apropriada e espelho.

4.9 Ferramentas de análise

4.9.1 Ficha de identificação

A amostra foi cadastrada por meio de ficha com dados sociais (gênero, idade, estado civil, renda, escolaridade)(Anexo 2).

Segundo o gênero a amostra foi agrupada em feminino e masculino. A idade foi apontada em anos e também dividida em duas faixas etárias, 60 a 67 anos e 68 até 75 anos. Para a apresentação da amostra conforme o estado civil foi dicotomizado em casados e não casados e nessa categoria estão incluídos os solteiros, viúvos e separados. De acordo com a renda o grupo estudado foi dividido em duas faixas, a primeira quem recebia até dois salários mínimos e na segunda faixa aqueles que recebiam mais de dois salários mínimos. Para escolaridade os resultados foram apresentados em analfabetos, com até quatro anos de estudo e mais de quatro anos de estudo.

4.9.2 Condição dentária

Os critérios utilizados para a avaliação clínica da cárie são os preconizados pela OMS (1999) e estão descritos na Figura 1 (Anexo 2).

CODIFICAÇÃO		
COROA	RAIZ	CONDIÇÃO
0	0	hígido
1	1	cariado
2	2	restaurado, com cárie
3	3	restaurado, sem cárie
4		ausente, devido a cárie
5		ausente, por outros motivos
7	7	suporte prótese, coroa protética ou faceta/implante
9	9	não registrado

Figura 1- Códigos e critérios para o exame de cárie dentária

Fonte: (OMS, 1999)

4.9.3 Uso e necessidade de prótese

Os critérios utilizados para determinar uso e necessidade de prótese são os preconizados pela OMS (1999) e estão descritos na Figura 2 (Anexo 2).

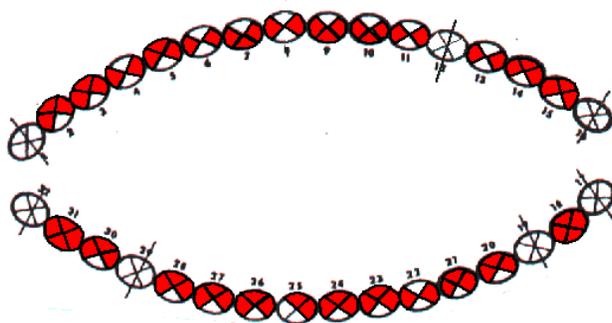
Código	Critério	exemplos
0	não usa prótese	nenhum espaço protético desdentado parcial, sem prótese presente desdentado total e sem prótese presente
1	usa uma prótese fixa	uma ponte fixa anterior uma ponte fixa posterior
2	usa mais do que uma prótese fixa	duas pontes fixas em pontos diferentes (anterior e posterior)
3	usa prótese parcial removível	prótese parcial removível anterior
4	usa 1 ou mais pontes fixas e 1 ou mais próteses parciais	prótese removível anterior e ponte fixa posterior prótese removível anterior e duas pontes fixas
5	usa prótese total	prótese total
9	sem informação	
Necessidade de prótese		
0	não necessita de prótese dentária	todos os dentes presentes espaços protéticos presentes com prótese desdentado total com presença de prótese
1	necessita de 1 prótese, fixa ou removível, para substituição de 1 elemento	espaço protético unitário anterior espaço protético unitário posterior
2	necessita de 1 prótese, fixa ou removível, para substituição de mais de 1 elemento	espaço protético anterior de mais de um elemento espaço protético posterior de mais de um elemento
3	necessita de uma combinação de próteses, fixa e/ou removíveis, para substituição de 1 ou mais elementos	espaços protéticos em vários pontos da boca
4	necessita de prótese dentária total	desdentado total sem estar usando prótese no momento
9	sem informação	

Figura 2 - Códigos e critérios para determinar uso e necessidade de prótese

Fonte: (OMS,1999)

4.9.4 Índice de placa

Com a presença de dentes, pelo índice de placa de O'Leary (O'Leary *et al*, 1972) que avalia a presença de placa após aplicação de solução de corante de evidenciação nas faces livres e proximais de todos os dentes, independente da quantidade encontrada. O índice é calculado pela porcentagem do somatório das faces registradas com placa, dividido pelo número de faces examinadas (Anexo 2). Podendo apresentar resultados classificados em excelente, razoável ou precário.



$$\text{IPI} = \frac{\text{(somatória das faces coradas)} \times 100}{\text{(número de faces examinadas)}}$$

Figura 3 - Cálculo do índice de placa de O'Leary *et al.* (1972)

Fonte: adaptada de OMS, 2001

E nas próteses dentárias o índice de placa utilizado foi o de Shubert & Shubert *apud* Ambjornsen *et al.* (1984) em que a base total da prótese total é corada. A base corada é dividida em nove partes, o contorno, a linha central na impressão alveolar, a linha paralela ao contorno localizado entre a impressão alveolar e a impressão do palato duro, a linha sagital e alinhamento central transversal (Figura 3). O registro correspondente a cada uma delas é efetuado em ficha apropriada, de acordo com os códigos e critérios a seguir (Figura 4).

escores	critérios
0	ausência de placa
1	pequenos pontos de placa
2	menos da metade coberto por placa
3	mais da metade coberta de placa
4	toda a aérea coberta por placa

Figura 4 - Critérios utilizados para o índice de placa

Os escores atribuídos a cada segmento são somados e o somatório dividido pelo número total de segmentos, a média resultante indica o nível de higienização (Figura 5).

Nível de higienização	escores
Excelente	menor que 1,5
Razoável	entre 1,5 e 2,5
Precário	acima de 2,5

Figura 5 - Níveis de higienização

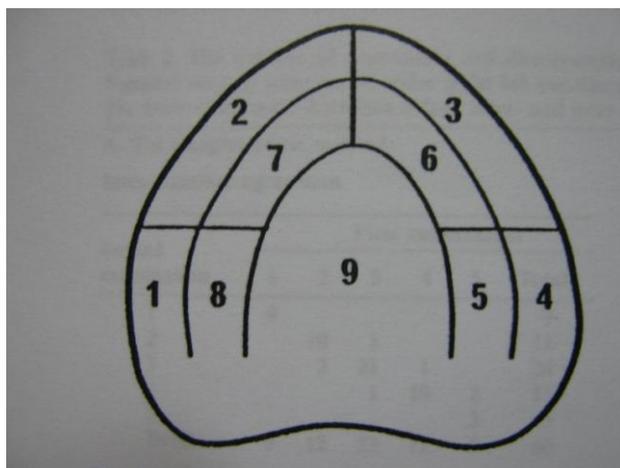


Figura 6 - Localização das 9 áreas na base de uma prótese total para registro da placa bacteriana

4.9.5 Índice gengival

Foi utilizado o Índice gengival (Loe e Silness, 1963), que avalia a presença de inflamação no tecido gengival com critérios variando de 0 a 3 (Figura 7). Como instrumento utiliza o espelho clínico e a sonda periodontal, a qual é passada, de forma suave, na margem gengival de todos os dentes, tendo como unidade de referência a papila distovestibular, a margem vestibular, a papila mesiovestibular e a margem lingual ou palatina. O índice é calculado pelo percentual do somatório dos valores individuais de cada dente dividido pelo número de faces examinadas (Anexo 2).

Escores	Critérios
0	Gengiva normal
1	Inflamação leve, mínima alteração de cor, edema e nenhum sangramento à sondagem
2	Inflamação moderada, vermelhidão, edema e sangramento à sondagem
3	Inflamação severa, vermelhidão e edema, ulceração e tendência a sangramento espontâneo

Figura 7 - Critérios utilizados para o índice gengival

Fonte: Loe & Silness, 1963.

4.9.6 Autopercepção

Os dados sobre autopercepção são subjetivos, e para sua coleta foi utilizado o Geriatric Oral Health Assessment Index, GOHAI (Atchison & Dolan, 1990; Silva & Fernandes, 2001) que compreende um questionário com 12 questões fechadas e com perguntas sobre problemas bucais que afetam funções físicas e funcionais, aspectos psicológicos, dor e desconforto dos idosos. Para as respostas destas questões (sempre, às vezes e nunca), existem escores (1, 2 e 3, respectivamente), que somados darão o valor do índice (Figura 8), que quanto

maior, melhor a saúde bucal do indivíduo e, conseqüentemente, melhor a qualidade de vida (Anexo 4).

Classificação	Pontos
Alta	34 a 36 pontos
Moderada	31 a 33 pontos
Baixa	30 a 12 pontos

Figura 8 - Classificação da pontuação do GOHAI

Para a realização dos testes estatísticos, os resultados foram agrupados em duas categorias: maior de 30 (autopercepção de moderada a alta) e menor ou igual a 30 (baixa autopercepção).

4.9.7 Questão discursiva

Para conhecer o caráter subjetivo de como o idoso entende a própria saúde bucal, também responderam a seguinte pergunta: “*para você o que é ter saúde bucal?*”, que foi avaliada pela Análise de Conteúdo (Bardin, 2011) (Anexo 5).

Pra o registro das respostas dos idosos utilizou-se um gravador. Um total de 78 respostas foram gravadas, incentivando-se o idoso a sentir-se à vontade para relatar suas impressões sobre a questão proposta. Essas entrevistas eram imediatamente transcritas. As informações contidas nestas entrevistas foram analisadas, a fim de levantar as categorias de análise.

4.9.8 Depressão

Para a avaliação da presença de depressão foi utilizada a Escala de Depressão em Geriatria ou Geriatric Depression Scale (GDS) na sua versão reduzida com 15 questões, que é um dos instrumentos mais freqüentemente utilizados para a detecção de depressão no idoso (Almeida & Almeida, 1999; Paradela *et al*, 2005; Canineu, 2007). Diversos estudos já demonstraram que a

GDS oferece medidas válidas e confiáveis para a avaliação de transtornos depressivos. As versões reduzidas da GDS vêm sendo utilizadas de forma freqüente, pois o tempo utilizado pode ser reduzido, sem prejudicar sua validade (Anexo 6).

Pontos	Diagnóstico
0 a 4	normal
5 a 10	depressão leve
11 a 15	depressão severa

Figura 9 - Pontuação do GDS

Para aplicação dos testes estatísticos os resultados do GDS foram agrupados em: até 5 pontos (depressão leve a severa) e menos de 5 pontos (sem depressão).

4.9.9 Cognição

Para a avaliação da cognição foi utilizado o Mini-Mental State, O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein *et al* (1975), que permite a avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros demenciais. É utilizado em ambientes clínicos, para a detecção de declínio cognitivo, para o seguimento de quadros demenciais e no monitoramento de resposta ao tratamento. O ponto de corte 23/24 tem mostrado alta capacidade de discriminação de indivíduos cognitivamente alterados (quadro 4). No Brasil, o MEEM recebeu a atenção de clínicos e pesquisadores, sendo utilizado, ainda que em um número restrito de centros, em atividades clínicas e de investigação científica. O teste consiste no total de 11 questões estruturadas em tópicos as quais correspondem a orientação, memória imediata, atenção e cálculo, evocação e linguagem (Lourenço & Veras, 2006) (Anexo 3).

PONTUAÇÃO	
30 pontos	total
26 a 30 pontos	normal
20 a 25 pontos	déficit cognitivo médio: compromete compras, medicação
10 a 20 pontos	déficit cognitivo moderado: comprometes as AVDs
0 a 9 pontos	déficit cognitivo severo: compromete alimentação, locomoção
Valores normais de acordo com anos de escolaridade do paciente	
14 a 16 pontos	analfabetos
18 a 21 pontos	pelo menos 4 anos de escolaridade
20 a 21 pontos	de 4 a 7 anos de escolaridade
21 pontos	ensino fundamental completo (9 anos)

Figura 10 - Pontuação do Mini-Mental

Fonte: Folstein *et al* (1975)

Para aplicação dos testes estatísticos os resultados do Mmental foram dicotomizados em: normal (mais de 15 pontos) e alterado (menos de 15 pontos).

5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada utilizando-se o teste Qui-quadrado e Exato de Fisher considerando o nível de significância de 5% e de 10%, para avaliar a associação entre as variáveis uso e necessidade de prótese com gênero, estado civil, renda, escolaridade, GOHAI, GDS e MMental.

6 ANÁLISE DE CONTEÚDO

A apuração dos dados qualitativos foi por meio da técnica da “Análise de Conteúdo” (Bardin, 2011).

7 RESULTADOS

Os resultados serão expostos em duas partes. A primeira parte apresentará, de modo descritivo, os dados da condição de saúde bucal, tais como CPO e índices de placa e gengival e nas tabelas de 1 a 5 os dados clínicos em função do estado cognitivo (MMental), depressão (GDS) e autopercepção (GOHAI). A segunda parte apresenta a análise estatística considerando as variáveis: uso e necessidade de prótese, índice de placa dental e de próteses relacionadas com condições sociais, GOHAI, GDS e MMental.

A amostra de 78 idosos era composta por uma maioria do gênero feminino (69,2%), contra 31,8% do masculino. A faixa etária entre 60 e 67 anos representou 46,0%, sendo 75,0% do gênero feminino. Na faixa etária de 68 a 75 anos encontramos 54,0% dos idosos, também com maioria do gênero feminino (64,3%)

Quando avaliado o estado civil dos participantes 69,2% eram casados (57,0% do gênero feminino); 20,5% eram viúvos (93,7% gênero feminino); 5,1% eram solteiros (100,0% feminino) e 5,1% separados (100,0% feminino).

Os idosos do estudo, 66,7% possuíam renda de até 2 salários mínimos e 33,3% renda de mais de 2 salários mínimos, quanto à escolaridade dos indivíduos estudados, 29,5% eram analfabetos; 38,5% tinham até 4 anos de estudo e 32,0% tinham mais de 4 anos de estudo.

Quanto à condição da saúde bucal, o CPO médio da coroa foi de 24,5 e da raiz 21,5 e 42% usam prótese total superior e inferior. O índice que mede placa de prótese apontou 86,1% com valores excelentes (menos de 1,5). Do total de indivíduos da amostra, 42 eram dentados e a avaliação do índice de placa de O'Leary (1972) demonstrou 69,4% com valores excelentes (menos de 42). Também nos idosos dentados foi verificado o índice gengival de Loe & Silness (1963) e apresentou 59,5% com escores 0 e 1, que significam respectivamente gengiva normal e inflamação leve.

Quando avaliado a autopercepção, por meio do GOHAI, obteve-se uma média de 31,92 que representa autopercepção moderada. Já o GDS encontrou 25,7% da amostra com sugestão de depressão leve a profunda. A condição cognitiva estava normal para 91,1% dos indivíduos desse estudo.

Tabela 1: Distribuição da amostra de indivíduos edentulos de acordo com GDS e Mmental em função do GOHAI.

			GOHAI ≤ 30		GOHAI >30	
	n	%	n	%	n	%
GDS						
Normal	30	83,3	5	16,6	25	83,4
Leve/severa	6	16,7	1	16,6	5	83,4
Mmental						
Normal	34	94,4	5	14,7	29	85,3
Alterado	2	5,6	0	0	2	100,0

Nota: Gds (escala de depressão); Mmental (exame de cognição); GOHAI (autopercepção)

Os indivíduos edentulos que apresentaram depressão (GDS) leve a severa tinham percepção de saúde bucal de moderada a alta (GOHAI > 30) em 83,4% dos casos. E os indivíduos que estavam com estado cognitivo (Mmental) alterado tinham percepção de saúde bucal de moderada a alta (GOHAI>30) em 100,0% (tabela 1).

Tabela 2: Distribuição da amostra de indivíduos edentulos de acordo com Índice de Placa de Prótese (Shubert & Shubert *apud* Ambjornsen, 1984) em função do GDS, Mmental e GOHAI

			GDS				Mmental				GOHAI			
			Normal		Alterado		Normal		Alterado		GOHAI ≤30		GOHAI >30	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
IPP														
Excelente	31	86,1	27	87,1	4	12,9	29	93,5	2	6,5	6	19,3	25	80,7
razoável/prec	5	13,9	3	60,0	2	40,0	5	100,0	0	0	0	0	5	100,0

Nota: Gds (escala de depressão); Mmental (exame de cognição); GOHAI (autopercepção); IPP (Índice de Placa de Prótese)

Para os valores obtidos na avaliação do Índice de Placa de Prótese (Shubert & Shubert *apud* Ambjornsen, 1984) 86,1% estavam excelentes. Ao

considerar os 86,1% com níveis excelentes do Índice de Placa de Prótese e relacionar com a condição de depressão (GDS), foi encontrado 87,1% apresentavam valores sugestivos de normalidade para depressão, 93,5% com cognição normal (MMental) e 80,7% perceberão sua saúde bucal de moderada a alta (GOHAI>30)(tabela 2).

Tabela 3: Distribuição da amostra de indivíduos dentados de acordo com GDS e Mmental em função do GOHAI.

				GOHAI <ou=30		GOHAI >30	
		n	%	n	%	n	%
GDS	Normal	37	88,1	10	27,0	27	73,0
	Leve/severa	5	11,9	1	20,0	4	80,0
Mmental	Normal	39	92,8	11	28,2	28	71,3
	Alterado	3	7,2	0	0	3	100,0

Nota: Gds (escala de depressão); Mmental (exame de cognição); GOHAI (autopercepção)

Em relação aos idosos dentados, os indivíduos apresentaram sugestão de depressão (GDS) leve a severa em 11,9%. Desse total de indivíduos com sugestão de depressão (GDS) leve a severa 80,0% perceberam sua saúde bucal de moderada a alta (GOHAI>30)(tabela 3)

Entre os indivíduos dentados presentes na tabela 3, 7,2% apresentavam o estado cognitivo alterado (Mmental). E desse total de 7,2% com cognição alterada, 100% apresentou percepção de saúde bucal de moderada a alta (GOHAI>30).

Tabela 4: Distribuição da amostra de indivíduos dentados que usa Prótese Total superior ou inferior de acordo com Índice de Placa de Prótese (Shubert & Shubert *apud* Ambjornsen, 1984) em função do GDS, Mmental e GOHAI.

		GDS				Mmental				GOHAI			
		Normal		Alterado		Normal		Alterado		GOHAI ≤30		GOHAI >30	
IPP	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	
Excelente	14 77,8	13 92,8	1 7,2	14 100	0 0	3 21,4	11 78,6						
razoável/prec	4 22,2	2 50,0	2 50,0	3 75	1 25,0	0 0	4 100						

Nota: Gds (escala de depressão); Mmental (exame de cognição); GOHAI (autopercepção); IPP (Índice de Placa de Prótese)

De acordo com o Índice de Placa de Prótese (Shubert & Shubert *apud* Ambjornsen, 1984) aplicado nos indivíduos dentados e usuários de uma prótese total, 77,8% tinham níveis excelentes demonstrado na tabela 4. Desse total com Índice de Placa de Prótese excelente, 92,8% apresentavam estado de depressão normal (GDS), 100,0% tinham cognição normal (MMental) e 78,6% perceberam a saúde bucal de moderada a alta (GOHAI > 30)(tabela 4).

Tabela 5: Distribuição da amostra de indivíduos dentados de acordo com Índice de Placa de Dentes (O' Leary, 1972) em função do GDS, Mmental, GOHAI

			GDS				MMental				GOHAI			
			Normal		Alterado		Normal		Alterado		GOHAI ≤30		GOHAI >30	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
IPD														
Excelente	29	69,4	28	96,5	1	3,5	27	93,1	2	6,9	8	27,6	21	72,4
razoável/prec	13	30,6	9	69,2	4	30,8	12	92,3	1	7,7	4	30,7	9	69,3

Nota: Gds (escala de depressão); MMental (exame de cognição); GOHAI (autopercepção); IPD (Índice de Placa de Dentes)

Com a aplicação do Índice de Placa (O' Leary, 1972) nos idosos dentados dessa amostra obteve-se 69,4% com resultados excelentes. Ao avaliar esse total com níveis de placa excelentes, encontramos 96,5% estavam normais em relação a depressão (GDS), 93,1% com cognição normal e 72,4% percebeu a saúde bucal de moderada a alta (Tabela 5).

Tabela 6: Distribuição da amostra por uso de prótese de acordo com gênero, estado civil, renda, escolaridade, GOHAI, GDS e MMental.

		Uso de prótese								p
		superior ou inferior				não usa		ambas		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Gênero	Feminino	54	69,2	9	16,67	9	16,67	36	66,15	0,4900
	Masculino	24	30,8	7	29,17	3	12,5	14	58,33	
Estado civil	Casado	54	69,2	12	75	7	58,33	35	70	0,6755
	Não casado	24	30,8	4	16,67	5	20,83	15	62,5	
Renda	Até 2 SM	52	66,6	13	25	7	13,46	32	61,54	0,3474
	Mais 2 SM	26	33,4	3	11,54	5	19,23	18	69,23	
Escolaridade	Analfabeto	25	32	6	24	1	4	18	72	0,4163
	Até 4 anos	28	36	5	17,86	6	21,43	17	60,71	
	Mais 4 anos	25	32	5	60	5	60	15	60	
GOHAI	≤ 30	18	23,1	3	16,67	5	27,78	10	55,56	0,2796
	> 30	60	76,9	13	21,67	7	11,67	40	66,67	
GDS	Normal	58	74,3	8	14,04	10	17,54	39	68,42	0,0821
	Leve/Severa	20	25,7	8	38,1	2	9,52	11	52,38	
Mmental	Normal	71	91	14	19,72	12	16,9	45	63,38	0,7205
	Alterado	7	9	2	28,57	0	0	5	71,43	

Nota: Gds (escala de depressão); MMental (exame de cognição); GOHAI (autopercepção); SM (Salário Mínimo)

A tabela 6 apresenta a associação entre o uso de prótese com as variáveis sociais, GOHAI, GDS e MMental. Das variáveis estudadas considerando um índice de significância de 5%, nenhuma apresentou associação significativa.

Considerando um índice de significância de 10%, o GDS, que avalia estado de depressão, apresentou uma associação significativa (p= 0,0821) nos

idosos que usam prótese em ambas as arcadas e resultados sem sugestão de depressão (normal).

Tabela 7: Distribuição da amostra necessidade de prótese de acordo com gênero, estado civil, renda, escolaridade, GOHAI, GDS e Mmental.

		Necessidade de prótese								p
		Superior ou Inferior				não necessita ambas				
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Gênero	Feminino	54	69,2	12	22,22	36	66,67	6	11,11	1,0000
	Masculino	24	30,8	6	25	16	66,67	2	8,33	
Estado Civil	Casado	54	69,2	15	27,78	36	66,67	3	5,56	0,0693
	Não casado	24	30,8	3	12,5	16	66,67	5	20,83	
Renda	Até 2 SM	52	66,6	13	25	33	63,46	6	11,54	0,7027
	Mais 2 SM	26	33,4	5	19,23	19	73,08	2	7,69	
Escolaridade	Analfabeto	25	32	6	24	18	72	1	4	0,2809
	Até 4 anos	28	36	6	21,43	16	57,14	6	21,43	
	Mais 4 anos	25	32	6	24	18	72	1	4	
GOHAI	≤ 30	18	23,1	3	16,67	10	55,56	5	27,78	0,0305
	> 30	60	76,9	15	25	42	70	3	5	
GDS	Normal	58	74,3	10	17,54	41	71,93	6	10,53	0,1559
	Leve/Severa	20	25,7	8	38,1	11	52,38	2	9,52	
Mmental	Normal	71	91	16	22,54	47	66,2	8	11,27	1,0000
	Alterado	7	9	2	28,57	5	71,43	0	0	

Nota: Gds (escala de depressão); Mmental (exame de cognição); GOHAI (autopercepção); SM (Salário Mínimo)

A tabela 7 apresenta a associação entre necessidade de prótese com as variáveis sociais, GOHAI, GDS, Mmental. Utilizando-se o índice de significância de 5%, houve associação significativa entre os idosos que não necessitavam de prótese em ambas as arcadas e autopercepção de saúde bucal de moderada a alta (GOHAI>30) com um p=0,0305.

Considerando um índice de significância de 10%, foi verificada associação significativa com a variável estado civil com um $p=0,693$ entre idosos não casados e necessidade de prótese em ambas as arcadas (tabela 7).

Para obtenção de conhecimentos sobre o caráter qualitativo de como o idoso entende a própria saúde bucal, foi usada a questão aberta: "O que é ter saúde bucal?" Categorias surgidas e número de vezes que foram citadas a partir da Análise de Conteúdo (Bardin, 2011):

Categorias	n	<i>Exemplos de falas dos idosos</i>
Falta dos dentes	35	<i>"ter todos os dentes na boca, dentadura não é a mesma coisa"</i>
Fala	11	<i>"do jeito que tá, tá bom, posso conversar"</i>
Estética	12	<i>"queria arrancar todos os meus dentes, estão feios"</i>
Mau Hálito	20	<i>"é sentir gosto bom na boca sem mau cheiro"</i>
Mastigar	38	<i>"ter a dentadura boa eu como de tudo nem lembro que é dentadura"</i>
Dor	34	<i>"se começa doer vou lá e arranco não gosto de sentir dor"</i>
Doença	18	<i>"não ter cárie, dentes com manutenção, sem doença"</i>

Nota: a resposta de um paciente pode conter mais de uma categoria.

Figura 11 - Categorias surgidas com a Análise de Bardin (2011)

As categorias surgidas apontam idosos que percebem a falta dos dentes e as conseqüências negativas decorrentes dessa situação, já a preocupação com a estética foi menos valorizada.

8 DISCUSSÃO

A amostra era composta por uma maioria do gênero feminino, de modo semelhante a Organização Mundial da Saúde (2000) levantou entre os idosos brasileiros 55,4% do gênero feminino. Schoueri *et al.* (2002), destacou também a maior expectativa de vida ao nascer entre as mulheres.

Ao dividir os idosos desse estudo por faixas etárias, a maior representação foi de 68 a 75 anos, mas na maioria dos estudos havia outros resultados, como em Carvalho & Cormack (2006) apresentou média de idade de 68 anos e com 73,8% dos idosos entre as idades de 60 e 69 anos.

O grupo de idosos deste estudo reflete a realidade brasileira em termos de longevidade e gênero, com média de idade de 68,5 anos e maioria feminina (54%) (IBGE, 2008).

Quando apresentado o estado civil dessa amostra, a maioria encontrava-se casada, mas no estudo de Santos *et al.* (2002) a maioria estava viúva (41,4%) e na amostra de Saliba *et al.* (1999) 43,3% eram solteiros demonstrando uma variação influenciada por fatores regionais.

Quando avaliado as condições sociais encontrou-se pessoas com baixa renda (66,6%), escolaridade variada com predomínio de até 4 anos de estudo (38,5%). Observando-se separadamente quanto a situação dentária os valores são semelhantes, apenas destacando a escolaridade onde na faixa compreendida pelos idosos dentados prevalece a porção com mais de 4 anos de estudo (47,7%), já no grupo de edêntulos, prevalece o analfabetismo (52,7%). No estudo de Silva & Sousa (2006) a amostra tinha escolaridade menor (2,7 anos de estudo) e baixa renda (média de 1 salário mínimo).

Uma das características marcantes da população idosa no Brasil é seu baixo poder aquisitivo, assim como poucos recursos de educação e saúde (Silva & Fernandes, 2001; Santos *et al.*, 2002).

Na avaliação da saúde bucal os valores encontrados nesse estudo são semelhantes ao estudo de Haikal *et al.* (2011) que verificou precário estado clínico com 4,8 dentes presentes em média; CPOD médio de 29,9, com 92,8% de representatividade do componente perdido (extraídos- 91% e extração indicada- 1,8%); 26 (57,7%) eram desdentados totais; somente 3 (7%) idosos possuíam mais de 20 dentes presentes. Assim como Costa *et al.* (2010) constatou que 58 (60,4%) da população estudada era desdentada total, que a média de dentes nos pesquisados era de 3,9 e que apenas 6,2% da população possuía vinte ou mais dentes na boca e em relação à prótese, foi observado que 51% dos entrevistados a utilizavam, sendo que 47,9% usavam prótese total superior, 26% total inferior. O levantamento nacional SB Brasil (2010) encontrou 63,1% usando prótese total na arcada superior e 37,5% na arcada inferior e 15,4% necessitando de prótese total em ambas as arcadas.

Nesse estudo quando avaliado os índices periodontais os valores encontrados nos idosos dentados e nos edentulos estavam na faixa excelente. Silva *et al.* (2002) encontrou 65,65 dos sextantes examinados sadios ou com condição periodontal 1, que significa sangramento. No estudo de Tibério *et al.* (2005) apresentou 2,47% de idosos com gengiva hígida e 43,21% com condição periodontal 2 (presença de cálculo) assim como Reis *et al.* (2005) que teve como condição periodontal prevalente a presença de cálculo (55,06%). Moimaz *et al.* (2004) também avaliou o índice de placa de prótese e encontrou 48,88% com valores excelentes (menos de 1,5).

No presente estudo apesar da condição de saúde bucal precária demonstrada pelos valores do CPO (média de 24,5 na coroa e 21,5 na raiz) e 42% usuários de prótese total em ambas as arcadas, na avaliação da autopercepção os resultados são positivos (valores do GOHAI de moderado a alto) como observado nas tabelas 1, 2, 3, 4 e 5. No estudo de Silva & Fernandes (2001) o índice GOHAI apresentou um valor médio de 33,8 que significa alta autopercepção de saúde bucal assim como Silva *et al.* (2005) que encontrou valores médios do GOHAI de 33,6. Silva & Sousa (2006) apresentaram uma pontuação do GOHAI de

29,6 que traduz autopercepção de saúde bucal ruim, porém tratou-se de um grupo formado por mulheres portadoras de prótese total. Já em 2007, Henriques *et al.* apresentou valores do GOHAI de 27,7 também traduzindo autopercepção ruim.

Na distribuição da amostra de indivíduos dentados desse estudo quando observado o uso e necessidade de prótese, incluindo-se nesse caso todos os tipos de prótese, associadas aos índices GOHAI, GDS e MMental, destaca-se maior uso de prótese na arcada superior e esse grupo tem percepção de saúde bucal de moderada a alta, contrastando com a condição clínica e depressão dentro dos valores de normalidade e sem alteração de cognição. A necessidade de prótese mais sentida foi na arcada inferior também com as mesmas características de GOHAI, GDS e MMental. Na porção de idosos edêntulos desse estudo, 100,0% usava prótese total superior e 8,3% necessitava de prótese inferior e esses idosos apresentavam resultados do GOHAI com percepção de moderada a alta, o GDS apontava valores sugestivos de normalidade e cognição normal. Os idosos com declínio cognitivo apresentam dificuldades na execução das AVDs, como a higiene bucal, sendo importante o conhecimento dessa característica no planejamento das ações de prevenção e assistência de saúde bucal voltadas a eles. Outra condição incidente em idosos e que influencia elaboração de programas de saúde bucal, é a depressão, é necessário o conhecimento da sua presença por que vai influenciar na receptividade aos trabalhos propostos. Em outro estudo com idosos não institucionalizados foi encontrado 58,8% com cognição normal 73,8% com valores sugestivos de normalidade para depressão (Tibério *et al.*, 2006).

No presente estudo quando os idosos responderam a questão discursiva, as categorias que surgiram em maior quantidade foram problemas para mastigar, falta de dentes e dor. A percepção da condição bucal constitui um importante indicador de saúde, pois reúne condição de saúde objetiva, repostas subjetivas, valores e expectativas. Mas quando há um contraste da condição clínica ruim com autopercepção positiva, pode representar que os pacientes avaliam sua condição bucal com critérios diferentes do profissional. A falta total

dos dentes é algo prejudicial, pois limita a habilidade de mastigar, os idosos com ausência parcial ou total de dentes, apresentam-se com perda da eficiência na mastigação. Em outros estudos, problemas relacionados à mastigação foram identificados por 28 idosos. Entretanto, durante a abordagem qualitativa, quando perguntado sobre o consumo de onze alimentos específicos, somente 13 idosos relataram conseguir mastigar todos eles. Em idosos a crença de algumas dores e incapacidades são inevitáveis nessa idade, o que pode levar a pessoa a superestimar sua condição bucal. No estudo de Haikal, 2011, dos 13 idosos que relataram dor, 9 autoperceberam positivamente suas condições bucais, nem a presença de dor foi relacionada a uma autopercepção da saúde bucal mais crítica, sugerindo percepção do envelhecimento desvinculado de qualidade de vida. Alguns idosos pareceram subestimar a sintomatologia dolorosa, aceitando-as como naturais da idade avançada, conforme relatos obtidos de idosos que tiveram autopercepção positiva (Pucca,2008; Rodrigues *et al.*, 2003; Haikal, 2011).

Para os indivíduos dessa amostra, na associação entre uso de prótese e variáveis sociais, GOHAI, GDS e MMental (tabela 6), considerando-se um índice de significância de 10%, houve associação significativa entre idosos com resultados de GDS normal, ou seja, sem sugestão de depressão e uso de prótese em ambas as arcadas. A perda dentária acarreta em outras perdas como dificuldade de mastigação, dificuldade de fala, segregação social, pois o indivíduo desdentado não sorri, não quer interagir com outras pessoas. Isso foi comprovado nessa amostra, pelas respostas dadas na questão aberta. Essa situação pode levar a um estado de depressão, entre outros prejuízos. Daí a importância da atuação da odontologia por meio da reabilitação do paciente que perde seus dentes. A contribuição do uso de prótese total nesse caso envolve benefícios em várias dimensões, inclusive no tratamento da depressão.

No presente estudo, quando associada a necessidade de prótese com as variáveis sociais, GOHAI, GDS e MMental (tabela 7), utilizando-se um índice de significância de 5% houve associação significativa entre os idosos com autopercepção de saúde bucal (GOHAI) de moderada a alta e que não

necessitavam de prótese em ambas as arcadas. A autopercepção de saúde bucal é uma medida que revela subjetividade do bem estar dos idosos em relação à saúde bucal. A presença de dentes em boas condições ou de próteses funcionais, cumprindo o objetivo de proporcionar mastigação, fala e estética levaram esses idosos a terem uma autopercepção de saúde bucal em níveis de moderado a alto.

A associação entre necessidade de prótese e a variável social de estado civil na amostra desse estudo, considerando um índice de significância de 10%, como demonstrado na tabela 7, teve associação significativa entre os idosos não casados e necessidade de prótese em ambas as arcadas. A falta de dentes e de reabilitação com próteses leva o indivíduo a uma exclusão social, que nos idosos não casados, ou seja, solteiros e viúvos, pode significar uma falta de interesse em procurar atendimento odontológico por não estar mais convivendo com outras pessoas, afastado das relações sociais.

Mesmo tratando-se de idosos com baixa renda, pouca escolaridade e usuários de um serviço de saúde público, os indivíduos desse estudo mostraram baixo índice de depressão, a percepção de saúde bucal era boa, os índices de placa e índice gengival apresentaram resultados numa faixa excelente (tabelas 1 a 5) demonstrando um cuidado dos idosos com a sua saúde bucal. Esse quadro reflete o trabalho da equipe multiprofissional e multifuncional do CRI onde eles estão inseridos, mesmo não tendo um cirurgião dentista fazendo parte do grupo de profissionais. Provavelmente a inserção desse profissional faria com que esses índices melhorassem, agregando maiores benefícios aos idosos do CRI.

As pessoas idosas requerem cuidados especiais quanto à saúde bucal, pois esta também é um reflexo do impacto das progressivas perdas funcionais e cognitivas inerentes ao processo de envelhecimento humano, além de ser influenciada por doenças crônicas e degenerativas. Em um contexto epidemiológico precário é imprescindível utilizar a Epidemiologia e as informações sobre autopercepção para subsidiar o planejamento das ações em saúde e conscientizando a pessoa para a necessidade de cuidados com sua saúde bucal.

Para isso, é essencial entender como a pessoa percebe sua condição bucal, pois o seu comportamento é condicionado pela percepção e importância dada a ela.

Os indicadores subjetivos não podem ser usados para diagnóstico de doenças ou de necessidades, mas em conjunto com o exame clínico que fornece sinais objetivos das doenças, são instrumentos de avaliação que complementam as informações clínicas e possibilitam identificar populações que necessitam de ações em saúde bucal.

Como no Brasil o acesso de serviços odontológicos no setor público a esse grupo populacional ainda é restrito, tendo conhecimento sobre a epidemiologia e percepção das pessoas sobre sua condição bucal, a elaboração de uma programação que inclua ações educativas, preventivas e curativas começa a formar-se junto a uma equipe multiprofissional, respeitando-se assim os princípios de universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde. Para completar, utilizando-se os índices que medem os déficits funcionais, identificam-se aqueles idosos com alterações cognitivas e com estados de depressão que necessitam de atenção diferenciada no planejamento da assistência dedicada a eles, aplicando-se assim, a equidade no atendimento.

9 CONCLUSÃO

Concluiu-se com esse estudo que dentre as variáveis sociais, o estado civil apresentou associação com necessidade de prótese em ambas as arcadas; a autopercepção em saúde bucal de moderada a alta (GOHAI) apresentou associação significativa com não necessidade de prótese; o estado cognitivo (MMental) não apresentou associação com uso e necessidade de prótese; o GDS apresentou associação significativa com o uso de prótese em ambas as arcadas.

REFERÊNCIAS

Agência Metropolitana de Campinas (Agencamp) [acesso 2011 Out 20].

Disponível em:

http://www.agemcamp.sp.gov.br/perfilrnc/perfilrnc_mun.php?loc=95

Almeida OP, Almeida AS. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. Arq Neuro-Psiquiatr. 1999; 57(2B): 421-426.

Alves LC, Leite IC, Machado CM. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da pesquisa nacional por amostra de domicílios de 2003 utilizando o método grade of membership. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(3): 535-546.

Ambjornsen E, Rise J, Haugejorden A. A study of examiner errors associated with measurement of denture plaque. Acta Odontol Scand. 1984; (42): 183-191.

Antúñez LN, Alvarez MCS, Heredia EG, Rodriguez ARR, Castellanos MT. Modificación de conocimientos sobre salud bucal en adultos mayores del Hogar de Ancianos de Palmarito de Cauto. Medisan. 2006; 10(10) [acesso 2009 Set 30]. Disponível em: http://bvs.sld.cu/revistas/sm/vol10_1_06/san03/06.htm

Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. J Dent Educ. 1990; (54): 680-687.

Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

Braga SRS, Telarolli Junior R, Braga AS, Catirse ABCB. Avaliação das condições e satisfação em idosos da região central do Estado de São Paulo (Brasil). Rev Odontol UNESP. 2002; 31(1): 1165-1174.

Brasil. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 [acesso 2012 Jan 22]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf

Brondani MA. Educação preventiva em odontogeriatría: mais do que uma necessidade, uma realidade. Rev Odonto Ciênc. 2002; 17(35): 57-61.

Canineu PR. Depressão no idoso. In: Netto MP. Tratado de Gerontologia. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2007.

Carvalho LC, Cormack EF. O cuidado dos idosos com suas próteses dentárias. RBO. 2003; 60(3): 167-169.

Chaimowicz F. O envelhecimento populacional brasileiro. In: Campostrini E. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 2004.

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

Costa EHM, Saintrain MVL, Vieira APGF. Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Ciênc. Saúde Coletiva. 2010; 15(6): 2925-2930.

Folstein MF, Folstein SE, MaC Hugh PR. "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975; 12(3): 189-198.

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): 316-323.

Haikal DS, Paula AMB, Martins AMEBL, Moreira NA, Ferreira EF. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. Ciênc. Saúde Coletiva. 2011; 16(7): 3317-3329.

Henriques C, Telarolli Júnior R, Loffredo LCM, Montadon Campos JADB. Autopercepção das condições de saúde bucal de idosos do município de Araraquara, SP. Cienc Odontol Brás. 2007; 10(3) : 67-73.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050. Revisão 2008 [acesso 2012 Jan 09]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/metodologia.pdf.

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; 185(12): 914-919.

Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977; 33(1): 159-174.

Levantamentos Básicos em Saúde Bucal. World Health Organization. Organização Mundial de Saúde (OMS). 4. ed. São Paulo: Santos; 1999.

Loe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy. I. Prevalence and severity. Acta Odontol Scand. 1963; 21: 533-551.

Lourenço RA, Veras, RP. Mini-exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. Rev Saúde Pública. 2006; 40(4): 712-719.

Matos DL, Lima-Costa MF. Auto avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na região Sudeste: resultados do Projeto SBBrasil, 2003. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(8): 1699-1707.

McGrath C, Zhang W, Lo EC. A review of the effectiveness of oral health promotion activities among elderly people. Gerontology. 2009; 26: 85-96.

Mello LW. Prevenção em odontogeriatria. In: Hilton Souchois de Albuquerque Mello. Odontogeriatria. São Paulo: Santos; 2005.

Mello ALSF, Padilha D M P. Condições de higiene bucal de idosos residentes em instituições geriátricas de pequeno porte em Porto Alegre. Rev Fac Odontol. 2001; 43(2): 12-19.

Melo NSFO, Seto EPS, Germann ER. Medidas de higiene oral empregadas por pacientes da terceira idade. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2001; 1(3): 42-50.

Miotto MHMB, Loureiro CA. Efeito das características sociodemográficas sobre a frequência dos impactos dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida. Vitória: UFES Rev Odontol. 2003; 5(3): 6-19.

Moimaz SAS, Saliba NA, Santos CLV. Análise do comportamento de um grupo de terceira idade portador de prótese total, antes e após programa de saúde bucal. Rev Fac Odontol Lins. 2004; 16(1): 35-40.

Moimaz SAS, Santos CLV, Pizzatto E, Garbin CAS, Saliba NA. Perfil de utilização de próteses totais e avaliação da eficácia de sua higienização. *Clinic Odontol Bras.* 2004; 7(3): 72-78.

Nápoles NE, Garcia MM, Fernández LM, Gutiérrez YT. Impacto del proyecto promotores de salud bucodental para la tercera edad en Camaguey. *Revista Electronica. Archivo Médico de Camaguey.* 2006; 10(6)/ISSN: 1025-0255.

Néri, AL. Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na 3ª Idade. São Paulo: Edições SESC e Fundação Perseu Abramo; 2007.

O'Leary T, Drake R, Naylo R. The plaque control record. *J Periodontal.* 1972; 43: 38-39.

Padilha DMP, Souza MAL. Estado dentário e edentulismo observado em dois grupos de idosos do Brasil e da Inglaterra. *Fac Odonto/ PUCRS Revista Odonto Ciência.* 1997; 24(12): 67-85.

Paradela EMP; Lourenço RA; Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev. Saúde Pública.* 2005; 39(6): 918-923.

Paschoal MPP, Franco RP, Salles RFN. Epidemiologia do envelhecimento. *In: Tratado de gerontologia.* Papaléo Netto M. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2007.

Prado GLG, Hernández MEG, Fernandez MR. Control de higiene bucal em pacientes geriátricos portadores de sobredentaduras. *Rev Cubana Estomatol.* 2002; 39(3): 396-416.

Pucca Jr GA. A saúde bucal do idoso. Aspectos demográficos e epidemiológicos. 2008 [acesso 2012 Mar 01]. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/odontologia/artigos/3050/a-saude-bucal-do-idoso-aspectos-demograficos-e-epidemiologicos>

Reis SCGB, Higino MASP, Melo HMD, Freire MCM. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia-GO, 2003. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(1): 67-83.

Rodrigues SM, Vargas AMD, Moreira AN. Percepção de saúde bucal em idosos. Arqui odontologia. 2003; 39: 195-212.

Rosa AGF, Castellanos RA, Pinto VG. Saúde bucal na terceira idade. Rev Gaúcha Odontol. 1993; 41(2): 97-102.

Saliba AC, Saliba NA, Marcelino G, Moimaz SAS. Auto-avaliação da saúde na 3ª idade. RGO. 1999; 47(3): 127-130.

Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MER. Qualidade de vida em idosos que vivem na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. Rev Latino-Am Enfermagem. 2002; 10(6): 757-764.

Schoueri Jr R, Ramos LR, Papaléo Netto M. Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 2002.

Silva SRCS, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. Rev Saúde Pública. 2001; 35(4): 349-355.

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): 183-187.

Silva DDS, Sousa MLR, Wada RS. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2004; 20(2): 626-631.

Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. Cad Saúde Pública. 2005; 21(4): 1251-1259.

Silva EFA, Sousa MLR. Autopercepção da saúde bucal e satisfação com a vida em mulheres idosas usuárias de próteses total. Rev Odontol Univ Cidade São Paulo. 2006; 18(1): 61-65.

Simões ACA, Carvalho DM. A realidade da saúde bucal do idoso no Sudeste brasileiro. Ciênc Saúde Coletiva. 2011; 16(6): 2975-2982.

Souza EHA, Barbosa MBC, Oliveira PAP, Espíndola J, Gonçalves KJ. Impacto da saúde bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade do Recife (PE, Brasil). Ciênc Saúde Coletiva. 2010; 15(6): 2955-2964.

Souza VMS, Pagani C, Jorge ALC. Odontogeriatrics: sugestão de um programa de prevenção. PGR Pós Grad Rev Fac Odontol. 2001; 4(1): 57-63.

Strauss RP, Hunt RJ. Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. J Am Dent Assoc. 1993; 124: 105-110.

Tibério D, Santos MTBR, Ramos LR. Estado periodontal e necessidade de tratamento em idosos. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2005; 59(1): 69-72.

Tibério D, Ferrari FL, Santos MBR. Instrumentos de avaliação para o atendimento odontológico aos pacientes geriátricos. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2006; 60(5): 362-365.

Unfer B, Braun KO, Binotto A, Castagna L, Antoniazzi R, Antoniazzi S, Krauspenhar T. Análise da aplicação do índice de capacidade mastigatória em população idosa. Rev Dentistica on line. 2006; 6(13): 43-48.

World Healthy organization (WHO). Organização Mundial de saúde (OMS) Brazil, life tables, 2000 [acesso 2011 Set 23]. Disponível em:
http://www3.who.int/whosis/life/life_tables_process.cfm?path=whosis,burden_statistics,life,life_tables&language+english

ANEXO 1



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 "**Educação em saúde bucal para idosos: Influência na percepção e condição de saúde bucal**", protocolo nº 064/2010, dos pesquisadores Liliane Raquel Ibas Alça 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 07/07/2010.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project "**Oral health education for elderly people: Influence on perception and status of oral health**", register number 064/2010, of Liliane Raquel Ibas Alça 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 07/07/2010.

Prof. Dr. Pablo Agustin Vargas
Secretário
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.

ANEXO 2
Ficha de Avaliação

NOME	
DN	
GENERO	
ESTADO CIVIL	
MORA COM QUEM?	
ENDEREÇO	
RENDA	
ESCOLARIDADE	

Data exame:

FORMULÁRIO DE HIGIENE ORAL

- 1- Você escova os dentes todos os dias? S () N ()
- 2- Qual a freqüência da escovação? 1X/dia () 2X/dia () 3X/dia ()
- 3- Usa o fio dental ou similar? S () N ()
- 4- Qual a freqüência de uso do fio dental? Às vezes () 1X/dia ()
associado a escovação ()
- 5- Usa dentifrício (pasta de dentes)? S () N ()
- 6- Qual freqüência de uso do dentifrício (pasta de dentes)? As vezes ()
mesma da escovação ()
- 7- Faz bochecho com algum produto? S () N () Qual?
- 8- Você escova sua prótese todos os dias? S () N ()
- 9- Qual a freqüência de escovação das próteses? S () N ()
- 10- O que usa na higiene das próteses dentárias?
Escova e pasta de dentes () sabão () outros ()
- 11- Escova a língua? S () N () Sabia que é necessário? S () N ()

CPOD

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

	C	P	O	D	TOT
COROA					
RAIZ					

USO DE PRÓTESES:

USO DE PRÓTESES	
SUPERIOR	
INFERIOR	

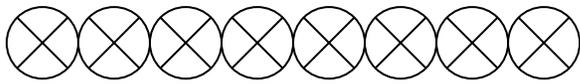
NECESSIDADE DE PRÓTESES	
SUPERIOR	
INFERIOR	

ÍNDICE GENGIVAL (Løe e Silness, 1963)

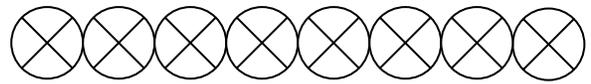
FACES	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
DV																
V																
MV																
P																
SOMAT																
FACES	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
DV																
V																
MV																
L																
SOMAT																

IG	
----	--

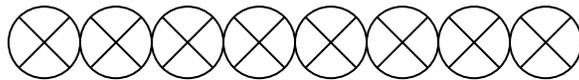
ÍNDICE DE PLACA (O'Leary e col, 1972)



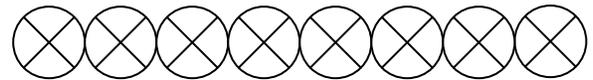
18 17 16 15 14 13 12 11



21 22 23 24 25 26 27 28



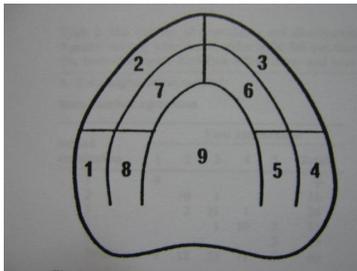
48 47 46 45 44 43 42 41



31 32 33 34 35 36 37 38

IP	

ÍNDICE DE PLACA PRÓTESES (Ambjornsen, 1984)



REG 01		REG 05	
REG 02		REG 06	
REG 03		REG 07	
REG 04		REG 08	
		REG 09	

IPP	

ANEXO 3

MINI MENTAL STATE

ORIENTAÇÃO

Dia da semana () dia do mês () mês () ano ()

Local – específico () andar () bairro () cidade () país ()

MEMÓRIA IMEDIATA

Repetir 3 palavras e memorizar, mais adiante será perguntado novamente

Caneca () tijolo () tapete ()

ATENÇÃO E CÁLCULO

Fazer a seguinte conta de subtrair: 100-7

93 () 86 () 79 () 72 () 65 ()

Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente:

O () D () N () U () M ()

EVOCAÇÃO

Repita as três palavras ditas anteriormente:

Caneca () tijolo () tapete ()

LINGUAGEM

Nomear:

Relógio () caneta ()

Repetir:

Nem aqui, nem ali, nem lá ()

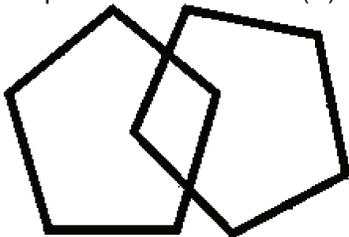
COMANDO

Pegue um papel com a mão direita () dobre ao meio 1 vez () e coloque no chão ()

Ler e fazer o que está escrito: FECHÉ OS OLHOS ()

Escrever uma frase: ()

Copiar um desenho: ()



TOTAL:

ANEXO 4

GOHAI

Nos últimos três meses.....

1. Limitou o tipo ou a quantidade de alimentos que come devido a problemas com seus dentes ou próteses?
sempre () as vezes () nunca ()
2. Tem problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne sólida ou maçã?
sempre () as vezes () nunca ()
3. Foi capaz de engolir confortavelmente? sempre () as vezes () nunca ()
4. Seus dentes ou próteses o impediram de falar como queria?
sempre () as vezes () nunca ()
5. Foi capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto?
sempre () as vezes () nunca ()
6. Limitou seus contatos com outras pessoas devido às condições de seus dentes ou próteses? sempre () as vezes () nunca ()
7. Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto de seus dentes ou próteses?
sempre () as vezes () nunca ()
8. Usou medicamentos para aliviar dor ou desconforto relativos à boca?
sempre () as vezes () nunca ()
9. Preocupou-se ou teve cuidados com seus dentes, gengivas ou próteses?
sempre () as vezes () nunca ()
10. Sentiu-se nervoso ou tomou consciência de problemas com seus dentes, gengivas ou próteses?
sempre () as vezes () nunca ()
11. Sentiu desconforto ao alimentar-se em frente a outras pessoas devido a problemas com seus dentes ou próteses?
sempre () as vezes () nunca ()
12. Teve sensibilidade nos dentes ou gengivas ao contato com calor, frio ou doces?
sempre () as vezes () nunca ()

TOTAL:

ANEXO 5

Questão discursiva

Questão aberta:

Para você o que é ter saúde bucal?

ANEXO 6

GDS

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA

Pontuação:

0 a 5 = normal

6 a 10 = depressão leve

11 a 15 = depressão severa.

1. Está satisfeito(a) com sua vida? Sim () Não ()
2. Interrompeu muitas de suas atividades? Sim () Não ()
3. Acha sua vida vazia? Sim () Não ()
4. Aborrece-se com freqüência? Sim () Não ()
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo? Sim () Não ()
6. Teme que algo ruim lhe aconteça? Sim () Não ()
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo? Sim () Não ()
8. Sente-se desamparado com freqüência? Sim () Não ()
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? Sim () Não ()
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?
Sim () Não ()
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)? Sim () Não ()
12. Sente-se inútil? Sim () Não ()
13. Sente-se cheio(a) de energia? Sim () Não ()
14. Sente-se sem esperança? Sim () Não ()
15. Acha que os outros tem mais sorte que você? Sim () Não ()

TOTAL: