



1290004269

TCE/UNICAMP
AL16a
FOP

ANABEL CRISTINA BORTOLETTO ALCARDE

**AUTOPERCEPÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL POR
IDOSOS NO MUNICÍPIO DE PIRACICABA, SÃO PAULO, POR
MEIO DO ÍNDICE GOHAI.**

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para a obtenção do Título de Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira

**Piracicaba
2008**



Unidade - FOP/UNICAMP

FOP/UNICAMP

AL 16a Ed.

Vol. Ex.

Tomo 4269

C D

Proc. 16P148/2009

Preço R\$ 77,00

Data 27-11-2009

Registro 472330

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
Bibliotecária: Marilene Girello – CRB-8ª / 6159

AL16a

Alcarde, Anabel Cristina Bortoletto.

Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos no município de Piracicaba, São Paulo, por meio do Índice GOHAI. / Anabel Cristina Bortoletto Alcarde. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2008. 44f. : il.

Orientador: Antonio Carlos Pereira.

Monografia (Especialização) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Saúde coletiva. I. Pereira, Antonio Carlos. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

(mg/fop)

Dedico,

*Aos meus pais Mário e Zelinda,
pelo amor incondicional de vocês.
Ao meu esposo Valmir, pelo amor
e companheirismo.*

Agradecimentos

À Deus por cada segundo de vida.

Ao Professor Dr. José Tadeu Jorge, Magnífico Reitor da UNICAMP.

Ao Professor Dr. Francisco Haiter Neto, Diretor da Faculdade de Odontologia da UNICAMP.

Ao Professor Dr. Antonio Carlos Pereira, meu orientador, pela amizade, incentivo e prontidão em me ajudar e ensinar sempre que precisei.

À Professora Dra. Gláucia Maria Bovi Ambrosano, pelo tratamento estatístico dos dados desta pesquisa.

Ao Professor Dr. Eduardo Hebling, pelos preciosos ensinamentos em odontogeriatria.

Aos Professores do Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, pelo valoroso aprendizado.

Aos funcionários da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, pelo cuidado e prontidão em nos ajudar.

Aos meus colegas de curso, pela alegria do convívio.

Aos voluntários desta pesquisa, pela maneira acolhedora que me receberam.

SUMÁRIO

RESUMO	5
ABSTRACT.....	6
1. INTRODUÇÃO.....	7
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	8
3. METODOLOGIA.....	17
4. RESULTADOS.....	19
5. DISCUSSÃO.....	29
6. CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS.....	34
ANEXOS	38

Resumo

O aumento da expectativa de vida humana tem sido observado mundialmente. A literatura indica uma saúde bucal precária em idosos. A avaliação da autopercepção da saúde bucal pode direcionar ações educativas, preventivas e curativas para grupos específicos. O objetivo deste estudo foi avaliar a autopercepção das condições de saúde bucal em 137 idosos, institucionalizados e não institucionalizados, de ambos os gêneros, com idade entre 60 e 92 anos, funcionalmente independentes ou parcialmente dependentes, sem alterações cognitivas significativas, em Piracicaba, São Paulo, e a influência de características sócio-demográficas, uso e/ou necessidade de prótese removível e acesso a serviços odontológicos na autopercepção. Foram aplicados questionários como instrumentos de medida destas características. A avaliação da autopercepção das condições de saúde bucal foi feita por meio do *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI). Os dados receberam análise estatística pelos testes Qui-quadrado ($\alpha=0,05$) e Regressão Logística. A média do GOHAI foi 27,49, indicando baixa autopercepção das condições de saúde bucal da amostra. Os indicadores de risco para a autopercepção da saúde bucal foram consultar o dentista em situação de urgência e julgar necessitar de tratamento odontológico, os quais apresentaram pontuação menor do GOHAI em relação aos que consultaram o dentista rotineiramente e julgaram não necessitar de tratamento, com diferença estatisticamente significativa ($p<0,0001$), indicando que baixa autopercepção de saúde bucal tem relação com piores condições clínicas de saúde bucal, o que pode ser útil no planejamento de políticas de saúde pública.

Palavras chave: idosos, autopercepção, GOHAI.

Abstract

The increase of human life expectation has been observed in the whole world. The literature indicates a precarious oral health in elderly people. The oral health self-perception assessment can direct educative, preventive and treatment actions for specific groups. The aim of this study was to assess the self-perception of oral health status in 137 elderly people, institutionalized and not institutionalized, both gender, between 60 and 92 years old, functionally independent or partially dependent, without significant cognitive alterations, in Piracicaba, São Paulo, and the influence of the sociodemographic characteristics and the access to odontological services in the self-perception. Questionnaires were applied like measure instruments of these characteristics. The oral health self-perception was assessed by Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). The data were analyzed using Qui-quadrado test and Regressão Logística test ($\alpha=0,05$). The GOHAI scoring average was 27,49 showing a low oral health self-perception of the sample. The risky indicators for a low oral health self-perception were to consult a dentist only in urgency situation and to suppose need odontological treatment, who showed a lower score of GOHAI with significant statistical differences ($p<0,0001$) comparing with those elderly who consulted a dentist regularly and considered not to have need of odontological treatment, showing that a low oral health self-perception has connection with worse oral health clinical status and can be useful in the planning of public health politics.

Key-words: elderly, self-perception, GOHAI.

1. Introdução

O envelhecimento populacional é um fato reconhecido mundialmente, evidenciado pelo crescente aumento da população de idosos.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que em 2025 a população mundial de pessoas com 65 anos ou mais deverá atingir 1,2 bilhão. No Brasil, a projeção para o ano de 2025 deverá ser a de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, o que representa em termos absolutos, que o país terá a sexta maior população de idosos do mundo (IBGE, 2000).

Diferentemente de outros países, nos países em desenvolvimento como o Brasil, as transições demográfica e epidemiológica que produzem como cenário uma população com elevado número de indivíduos idosos nem sempre vêm acompanhadas de modificações no atendimento às necessidades desse grupo populacional.

É natural que o envelhecimento de uma população seja o anseio de qualquer sociedade. Entretanto, envelhecer não basta, é importante poder almejar uma melhoria na qualidade de vida daqueles que já envelheceram ou que estão inseridos no processo de envelhecer (Kalache *et al.*, 1987).

A saúde bucal tem um papel relevante neste processo, pois o seu comprometimento pode afetar o nível nutricional, o bem-estar físico e mental e diminuir o prazer de uma vida social ativa (Werner *et al.*, 1998), porém historicamente os serviços odontológicos não possuem como prioridade a atenção ao grupo populacional de idosos, que da mesma forma que a população adulta, possui níveis precários de saúde bucal.

Infelizmente estudos em idosos revelam grande quantidade de dentes cariados, sextantes com doença periodontal e necessidade de uso de próteses (Rosa *et al.*, 1993; Pereira *et al.*, 1996; Pereira *et al.*, 1999; Meneghim & Saliba, 2000; Meneghim *et al.*, 2002; Carvalho, 2005). A maior parte destes estudos avalia as mudanças no estado da saúde com base em indicadores clínicos da doença, a tendência é que estes indicadores sejam complementados com avaliações a partir da percepção do indivíduo em relação a sua saúde e bem-estar.

Considerando o aumento da expectativa de vida humana, com crescente número de pessoas com 60 anos ou mais de idade e a alta prevalência de doenças bucais nesta população, o planejamento de ações de saúde direcionadas para este

grupo torna-se necessário, objetivando uma melhoria na qualidade de vida. Conhecer a autopercepção do indivíduo em relação a sua saúde bucal complementar os indicadores clínicos e possibilitará identificar pessoas ou populações que necessitam receber ações educativas, preventivas, curativas e reabilitadoras em saúde bucal.

O presente estudo teve como objetivos avaliar a autopercepção das condições de saúde bucal por idosos institucionalizados e não institucionalizados em Piracicaba, São Paulo, por meio do índice GOHAI e a influência das características sócio-demográficas e acesso a serviços odontológicos na autopercepção.

2. Revisão da Literatura

O aumento da expectativa de vida

A população mundial de países desenvolvidos e de alguns países em desenvolvimento, como o Brasil, teve ao longo dos anos a representação gráfica de sua estrutura etária modificada, passando de uma figura piramidal para uma trapezoidal. Isso representa um achatamento de sua base populacional, determinado pela diminuição das taxas de natalidade, e um alargamento de seu ápice, representado pelo aumento da expectativa de vida (IBGE, 2000).

Em relação à distribuição de idosos (acima de 60 anos) no mundo, nos países desenvolvidos ela representa aproximadamente 15 a 18% da população total. Nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, 5 a 8% da população total. Essas diferenças entre países confirmam, de forma clara, as desigualdades sociais e econômicas mais vigentes no mundo (Hebling, 2003).

No Brasil, segundo censo populacional (IBGE, 2000), a expectativa de vida subiu 2,6 anos em relação ao censo de 1991, apresentando médias de 64,8 anos para os homens e de 72,6 anos para as mulheres (diferença de 7,8 anos a mais para as mulheres), com média geral de 68,6 anos. O número de idosos chega a cerca de 8,7% da população, em torno de 14 milhões de pessoas. A distribuição e o crescimento dos idosos (65 anos ou mais) são diferentes entre as regiões do Brasil, sendo que o maior percentual se encontra no sudeste (6,37%) e o menor se encontra no norte (3,64%) (IBGE, 2000).

A média nacional da relação idoso/criança, ou seja, o número de idosos por grupo de cem crianças vem aumentando, é igual a 17,6. Esta relação é diferente entre as regiões brasileiras, sendo maior no sudeste (23,90) e menor no norte (9,80) (IBGE, 2000).

A saúde bucal em idosos

A literatura indica uma saúde bucal precária em idosos no Brasil. Em revisão bibliográfica, em que trata das questões epidemiológicas e demográficas dos idosos brasileiros, Pucca Jr (2002) aponta o edentulismo como fator central da questão. Revela que a perda dos dentes com o avanço da idade é falsamente considerada como um processo natural tanto para a sociedade quanto para muitos profissionais. Menciona dados do “Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal”, realizado em 1986, na zona urbana, no qual os indivíduos mais velhos analisados pertenciam à faixa etária dos 50 aos 59 anos. Nesse grupo foram encontradas taxas alarmantes indicativas de saúde bucal muito deficiente: 86% dos dentes tinham sido extraídos; havia 27 dentes cariados por pessoa; 3% dos dentes tinham extração indicada; 50% dos indivíduos eram desdentados e 72% usavam ou necessitavam de, pelo menos, uma prótese. Nessa população, entre os que ganhavam até dois salários mínimos mensais, apenas 27% disseram ter ido ao dentista uma vez antes do levantamento, já entre os que ganhavam cinco salários mínimos ou mais, 54% receberam tratamento odontológico no ano anterior.

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

Em Piracicaba, SP, 160 idosos asilares foram estudados por Jorje Jr (1996) para determinar a presença de fungos do gênero *Cândida* em suas bocas. O autor analisou a atenção odontológica recebida e os cuidados com a saúde bucal dessas pessoas. Dos 139 respondentes, 42,4% relataram escovar os dentes ou próteses regularmente, mas apenas 3,4% haviam recebido orientação profissional e 60,62% conseguiram lembrar a data aproximada da última consulta ao dentista. Além disso, a coleta de saliva de 121 idosos revelou que 67,8% possuíam *Cândida*, sendo as espécies mais encontradas *C. albicans* (48,8%) e *C. tropicalis* (11,6%), e 34% apresentavam fluxo salivar abaixo de 0,21ml/min, sendo que 32% fizeram queixa de xerostomia. Entre os fatores mais relacionados com a presença de *Cândida* estavam o uso de prótese, mucosite causada por prótese, a língua fissurada, a despilação lingual localizada e o uso de antianginosos.

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

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

Um inquérito visando conhecer as expectativas dos idosos em relação aos serviços odontológicos prestados na cidade de Araçatuba, SP, foi realizado por

Saliba *et al.* (1999). Noventa indivíduos, de três instituições do município, responderam questões de aspectos gerais e específicos sobre saúde bucal. Os resultados indicaram que: 62,2% não possuíam dentes; 90% visitaram o dentista quando necessário, sendo 88% há mais de dois anos e 53% porque tinham dor. A insatisfação com seu estado bucal era próximo de 40% enquanto que 67% gostariam de receber tratamento odontológico. De acordo com os autores, este estudo mostrou a falta de conhecimento e motivação quanto às práticas preventivas.

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

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

Cento e três idosos pertencentes ao programa interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal Fluminense, sendo 81 mulheres e 22 homens de mais de 60 anos, participaram de uma pesquisa quali-quantitativa realizada por Scelza *et al.* (2001) para verificar o uso de próteses totais e parciais e averiguar o índice CPO-D. Os autores constataram que o uso de próteses totais superiores e inferiores foi maior entre as mulheres com uma diferença significativa

($p=0,03$). Já quanto ao índice CPO-D, não houve diferenças significativas entre homens e mulheres quanto ao número de dentes cariados, perdidos e obturados.

A idade superior a 40 anos, vício de fumar cachimbos e cigarros, consumo de álcool, má higiene e uso de próteses dentárias mal ajustadas são considerados fatores de risco para o desenvolvimento do câncer bucal. O câncer de lábio é mais freqüente em pessoas brancas e registra maior ocorrência no lábio inferior em relação ao superior. Neste sentido o INCA (Instituto Nacional do Câncer) recomenda para a prevenção do câncer bucal, evitar o fumo e o álcool, promover a higiene bucal, ter os dentes tratados e fazer uma consulta odontológica de controle a cada ano, além de uma dieta rica em vegetais e frutas. Para prevenção do câncer de lábio, deve-se evitar a exposição ao sol sem proteção e combater o tabagismo. O auto exame bucal periódico identificando feridas na boca que não cicatrizam em uma semana, ulcerações com menos de 02 cm de diâmetro, indolores e manchas esbranquiçadas ou avermelhadas nos lábios ou na mucosa bucal também são importantes (INCA, 2008).

Com uma amostra constituída por 289 idosos com 60 anos ou mais, institucionalizados da cidade de Goiânia, Reis *et al.* (2005), utilizando a metodologia do Projeto SB-2000, constataram que as prevalências de cárie e edentulismo foram 100% e 69,20%, respectivamente. O CPO-D médio foi de 30,17, havendo predomínio do componente extraído. Quase metade (49,48%) usava e 80,28% necessitavam de alguma prótese. O tipo de prótese mais comum foi a total, 45,33% dos examinados usavam este tipo de prótese na arcada superior e 24,57% na inferior, enquanto que 59,17% e 51,21% necessitavam na arcada superior e inferior, respectivamente. De acordo com o Índice Periodontal Comunitário (CPI), apenas 3 (3,37%) dos idosos apresentavam todos os sextantes sadios. A pior condição mais freqüente foi o cálculo, observado em 55,06% dos indivíduos e 29,02% dos sextantes. Quanto ao Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP), houve predomínio das perdas de 0 a 3 mm como pior condição em 37,08% dos indivíduos e 24,02% dos sextantes. Alterações de tecido mole foram encontradas em 13,49% dos indivíduos.

A saúde bucal do idoso implica em uma atenção específica aos cuidados bucais, procurando-se reduzir a prevalência de edentulismo e a incidência de doenças como a cárie dentária, as periodontopatias e alterações na mucosa oral. As perdas dentárias ocasionam desvios e inclinações dos dentes vizinhos e

antagônicos e causam interferências no alinhamento das arcadas dentárias, levando a uma mastigação ineficiente dos alimentos. Neste caso partículas maiores de alimentos são deglutidas, e quando isto ocorre, o sistema digestivo é prejudicado. Além da mastigação, a fonação e a estética ficam comprometidas, causando ao indivíduo idoso mudanças em seu comportamento social e estado psicológico (Torres, 2002).

Acesso dos idosos a serviços odontológicos

Em revisão sistemática da literatura, no período de 1986 a 2004, sobre os problemas bucais mais predominantes nos idosos brasileiros e sobre os principais obstáculos no acesso aos serviços de saúde, Moreira e colaboradores (2005) relataram que as principais barreiras quanto ao acesso aos serviços odontológicos foram baixa escolaridade, baixa renda e escassa oferta de serviços públicos de atenção a saúde bucal.

Dificuldade de acesso à consulta odontológica foi um dos problemas levantados no estudo qualitativo de Ramos & Lima (2003) sobre o acesso e o acolhimento aos usuários de uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Neste estudo, os usuários relataram a necessidade de enfrentarem filas desde a madrugada para ingressarem no atendimento, à exceção das crianças em idade escolar.

Com o objetivo de determinar a prevalência e os fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos em uma amostra de 28943 participantes do PNAD 1998 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), com idade de 60 anos ou mais, Matos *et al.* (2004), compararam as características sócio-demográficas daqueles que visitaram o dentista há menos de 1 ano (13,2%), com aqueles que visitaram o dentista há 1 ano ou mais (80,5%) e às daqueles que jamais haviam visitado o dentista (6,3%). Os resultados mostraram que os idosos brasileiros apresentam uma baixa taxa de uso de serviços odontológicos, e que diferenças regionais e sócio-econômicas são importantes para determinar a frequência de uso de serviços odontológicos entre idosos.

Autopercepção da saúde bucal por idosos

As doenças bucais são influenciadas por variáveis sociais e econômicas que só podem ser explicadas e compreendidas quando os seus portadores são ouvidos e quando os seus autodiagnósticos e suas opiniões são levados em consideração (Pinto, 2002). De fato, a avaliação que cada indivíduo faz sobre o seu funcionamento em quaisquer domínios das competências comportamentais, levando em conta as condições ambientais disponíveis, define o conceito de qualidade de vida percebida, da qual a saúde percebida é um indicador (Néri, 2001).

Segundo a OMS, qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e de sistema de valores com os quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

A maioria das medidas correntes de qualidade de vida reflete características da doença que não são apreendidas por meio de medidas de avaliação clínica, justamente porque avaliam a doença e seu impacto sob a perspectiva do paciente. A odontologia tem procurado explorar esta questão com a aplicação de questionários que refletem as percepções dos pacientes em diferentes condições, entre eles pode-se citar o índice GOHAI (*Geriatric Oral Health Assessment Index*), desenvolvido por Atchinson e Dolan (1990), e validado por Dolan (1997), composto por 12 questões fechadas abordando problemas bucais que afetam funções físicas e funcionais, aspectos psicológicos, dor e desconforto dos idosos, contendo as alternativas “sempre”, “às vezes” e “nunca”, cujos escores são 1, 2 e 3 respectivamente. A soma dos escores dará o resultado final que poderá variar de 12 a 36, onde a maior pontuação significa uma melhor avaliação da própria saúde bucal.

Silva (1999) estudou 201 pessoas com 60 anos ou mais independentes que freqüentavam um centro de saúde de Araraquara. Constatou que o exame clínico revelou grande prevalência das principais doenças bucais, 42,7% das pessoas avaliaram sua condição bucal como regular.

Com a intenção de determinar a condição de saúde bucal, através do GOHAI, de idosos abrigados em instituições de longa permanência conveniadas ao Fundo Municipal de Assistência Social da Prefeitura de Recife – PE, Cabral e Martinelli (2003) estudaram 77 idosos de ambos os sexos de 08 instituições e após a aplicação do questionário, observaram que a média dos escores finais dos sujeitos da amostra era baixa. Alterações na função mastigatória foram as mais

frequentemente relatadas. Observou-se que a condição de saúde bucal auto-informada destes idosos institucionalizados era precária.

Em um estudo domiciliar na cidade de Piracicaba, SP, com amostra de 77 indivíduos sendo 23 idosos (65-74 anos) e 54 adultos (35-44 anos), Carvalho (2005) encontrou 52,2% de idosos edêntulos e somente 2,0% dos adultos com esta condição. A média de dentes presentes foi de 6,9 e 20,7, para idosos e adultos respectivamente. Os idosos apresentaram CPO-D de 27,0 e os adultos 19,9. O maior componente do índice CPO-D foi dentes perdidos no grupo de idosos (92,3%) e adultos (52%). Quanto a próteses totais, somente 5,6% dos adultos necessitavam das superiores e nenhum das inferiores, dos idosos, 17,4% tinham necessidade de próteses superiores e 21,7% de inferiores. Os demais resultados não apresentaram diferença entre os grupos (características sócio-econômicas, acesso a serviço odontológico e autopercepção), apenas com relação à escolaridade, os adultos tiveram melhores condições. A autopercepção foi semelhante entre os grupos, com dados positivos, apesar das condições clínicas serem diferentes.

Ao estudar a autopercepção das condições de saúde bucal de 184 idosos institucionalizados de Piracicaba, SP, Rodrigues (2005) obteve uma média baixa do GOHAI (28,03). Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes do GOHAI considerando a faixa etária, gênero, renda, grau de instrução, saúde geral ou última visita ao dentista. O índice foi maior nos casados ou com companheiros e nos viúvos do que nos solteiros. As pessoas que residiam sozinhas apresentaram menores valores do GOHAI do que as que residiam com esposos, demonstrando a influência de um acompanhante ou esposo na autopercepção de saúde bucal. O tipo de moradia também influenciou nos valores desse índice, com pontuação maior para os residentes em habitação própria. Com relação ao estado emocional, houve uma predominância entre GOHAI baixo e estado depressivo. Os fatores de risco para baixa autopercepção de saúde bucal foram ser solteiro e residir em habitação coletiva.

Fazendo um estudo exploratório sobre saúde bucal e qualidade de vida em 61 idosos de ambos os sexos entre 60 e 75 anos de idade, funcionalmente independentes e que participavam do programa de atendimento da Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/ UNICAMP, Torres (2003) aplicou o questionário GOHAI e encontrou correlação positiva entre o número de dentes perdidos ($p=0,0115$) e obturados ($p=0,0150$) e os escores em

funcionalidade no GOHAI. Já entre os desdentados, a correlação estatisticamente significativa foi entre o número de dentes e o escore de dor e desconforto, ou seja, os desdentados relataram menos dor e desconforto do que os dentados ($p=0,0376$). Um outro dado observado foi que entre os pacientes que usavam próteses e não necessitavam trocá-las pontuaram mais alto no GOHAI, o que sugere que eles estavam com suas próteses bem adaptadas.

Silva *et al.* (2005) realizaram um estudo avaliando as condições de saúde bucal clinicamente e através da autopercepção. A amostra foi de 112 indivíduos com mais de 60 anos, residentes em Rio Claro, SP, Brasil, dividida em G1-sem acesso a tratamento odontológico conveniado ($n=55$) e G2-com acesso a tratamento odontológico conveniado ($n=57$). Os exames clínicos seguiram os critérios da Organização Mundial de Saúde. A autopercepção foi avaliada utilizando o índice GOHAI. O CPO-D foi 29,13, maior no G1. A média de dentes presentes foi de 7,63, maior no G2. As condições periodontais avaliadas apresentaram uma grande porcentagem de sextantes nulos (70,3%) sendo que o CPI apontou cálculo como a maior prevalência, e o PIP, as bolsas até 3 mm. A porcentagem de indivíduos edêntulos foi de 45,5%, maior no G1. Dentre os edêntulos 69,6% usavam próteses totais superiores, e 42,9% inferiores. A média do GOHAI foi de 33,61, qualificando como positiva a percepção da saúde bucal e houve diferença apenas na dimensão física, com o maior valor no G2. A autopercepção da saúde bucal foi satisfatória, o que não pôde ser confirmado com os dados clínicos obtidos nos grupos.

Visando a formulação de propostas sobre critérios de equidade para priorização da atenção especializada nos futuros CEO (Centro de Especialidades Odontológicas), Murakami *et al.* (2007) descreveram a epidemiologia da necessidade de prótese na população de idosos em Curitiba e verificaram a relação entre necessidade de prótese, autopercepção sobre saúde bucal e condições socioeconômicas em 479 idosos (65-74 anos) de ambos os sexos em estudo transversal, onde foi utilizado dados secundários do projeto SB Brasil. Concluíram que a necessidade de prótese total teve alta prevalência. A autopercepção sobre saúde bucal foi considerada variável essencial para avaliar a necessidade de prótese dentária e conhecê-la, portanto, seria um dos critérios a serem adotados para priorização. A renda familiar influenciou de forma dependente a necessidade de prótese dentária.

Com o envelhecimento da população, a saúde bucal precária nesta faixa etária e a diminuição de cárie em crianças, os idosos passam a necessitar de uma atenção especial a saúde (Hebling, 2003).

A redução dos índices de cárie na população infantil tem que ser utilizada para o planejamento de ações para outros contingentes populacionais ou faixas etárias (Manfredini, 2003).

3. Metodologia

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, tendo sido aprovado sob o protocolo número 093/2007, conforme consta em certificado (Anexo I).

Foi realizada uma pesquisa observacional transversal. Os critérios de inclusão do voluntário na amostra foram: 1) Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II); 2) Idade mínima de 60 anos; 3) Ser residente na instituição “Assistência Social Betel” ou residente em pavilhão na instituição “Lar dos Velhinhos de Piracicaba” ou participante das atividades físicas e de lazer desenvolvidas com Grupos de Terceira Idade pela prefeitura do município de Piracicaba; 4) Ser independente ou parcialmente dependente, sem apresentar alterações cognitivas significantes que o impeça de responder aos questionários.

A amostra foi constituída por 137 voluntários de Piracicaba (90 institucionalizados e 47 não institucionalizados) de ambos os gêneros, sendo 69 participantes do gênero feminino e 68 do gênero masculino, na faixa etária entre 60 e 92 anos.

A coleta de dados ocorreu durante os meses de novembro/2007 a janeiro/2008.

Na instituição “Assistência Social Betel” de Piracicaba, que abriga 80 idosos, sendo 47 do gênero feminino e 33 do gênero masculino, de posse da listagem dos residentes, foram selecionados aleatoriamente 45 idosos que atendiam aos critérios de inclusão, os quais foram abordados individualmente e convidados a participarem do estudo. Na instituição “Lar dos Velhinhos de Piracicaba” que abriga 264 idosos em habitações coletivas, sendo 141 do gênero feminino e 123 do gênero masculino, distribuídos por 07 pavilhões com quartos apartamentos e coletivos, de posse da

listagem dos residentes, entre os que atendiam aos critérios de inclusão selecionou-se aleatoriamente uma amostra estratificada de 45 idosos de ambos os gêneros nos 07 pavilhões, que foram abordados individualmente e convidados a participarem do estudo.

Uma amostra de 47 idosos não institucionalizados foi selecionada aleatoriamente de uma lista de idosos que freqüentavam Grupos de Terceira Idade, como também eventos desenvolvidos pela Secretaria de Esportes, Lazer e Atividades Motoras de Piracicaba. Após a apresentação do projeto ao grupo de idosos e de posse da lista de presentes, eram selecionados aleatoriamente idosos de ambos os gêneros.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por cada participante, em cada local, foi então aplicado individualmente um primeiro questionário contendo questões a respeito da situação social, econômica e demográfica de cada participante, classificando-o quanto ao gênero, idade, origem, estado civil, local de moradia, estilo de vida, escolaridade, rendimento mensal, além do uso e/ou necessidade de prótese removível (Anexo III) e um segundo questionário abordando o acesso a serviços odontológicos, classificando-o quanto a consulta ou não ao dentista, tempo da última consulta, local da consulta, motivação para a procura por atendimento odontológico, avaliação do atendimento, se recebeu ou não informações sobre como evitar problemas bucais e se considera necessitar ou não de tratamento odontológico atualmente (Anexo IV).

Para avaliar as condições da saúde bucal através da autopercepção, foi aplicado um questionário – *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI), desenvolvido por Athcson & Dolan (1990) e validado por Dolan (1997), contendo 12 questões fechadas a respeito de problemas bucais que afetam funções físicas e funcionais, aspectos psicológicos, dor e desconforto. Os entrevistados responderam se experimentaram quaisquer dos problemas relatados ao longo dos últimos 03 meses, em uma das seguintes condições: “sempre”, “às vezes” ou “nunca”, as quais receberam respectivamente os valores 1, 2 e 3. A soma dos escores das questões determinou o índice de avaliação da saúde bucal, sendo que a maior pontuação significou uma melhor avaliação da própria saúde bucal. A pontuação geral foi classificada em alta percepção (34-36 pontos), moderada percepção (31-33 pontos) e baixa percepção (≤ 30 pontos) (Anexo V).

A análise estatística constou de Medidas de freqüência e de estatística descritiva (média, mediana, valores máximo e mínimo), além das análises univariadas, nas quais a amostra foi dicotomizada pela mediana do GOHAI e utilizou-se o teste Qui-quadrado para o teste de associação. As variáveis independentes da análise com $p < 0,15$ foram testadas pela Regressão Logística Múltipla, calculando-se o ODDS e o intervalo de confiança com nível de significância de 5 %.

4. Resultados

Os resultados desta pesquisa serão apresentados na seguinte ordem: primeiramente a caracterização sócio-demográfica dos sujeitos da amostra; em segundo a condição protética referindo-se ao uso e/ou necessidade de prótese removível, seguido do acesso a serviços odontológicos e depois a saúde bucal autopercebida avaliada por meio de índice GOHAI. Por último será apresentada a relação entre as características sócio-demográficas, uso e/ou necessidade de prótese removível, acesso a serviços odontológicos e o índice GOHAI.

Caracterização sócio-demográfica dos sujeitos da amostra

A amostra foi composta por 137 indivíduos, sendo 90 institucionalizados e 47 não institucionalizados, dos quais 69 pertenciam ao gênero feminino (50,36%) e 68 ao gênero masculino (49,64%), com idade média de 72,14 anos, variando entre 60 e 92 anos (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição da amostra segundo gênero e faixa etária.

Variáveis		N	%
Gênero	Masculino	68	49,64
	Feminino	69	50,36
Faixa Etária	60 – 69	63	45,99
	70 – 79	42	30,65
	80 – 90	28	20,44
	> 90	04	2,92

Ao considerar o tipo de moradia, 90 indivíduos eram institucionalizados e 47 não institucionalizados.

A maioria dos sujeitos do estudo, ou seja 85,40% (n=117), relatou ter nascido no estado de São Paulo, sendo que apenas 14,60% relataram nascer em outro lugar. A origem rural da amostra predominou com 74 sujeitos, ou seja 54,01%, sendo que 63 sujeitos (45,99%) relataram não ter origem rural (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição da amostra segundo tipo de moradia e a origem.

Variável		N	%
Tipo de moradia	Institucionalizado	90	65,69
	Não institucionalizado	47	34,31
Estado de nascimento	Estado São Paulo	117	85,40
	Outros lugares	20	14,60
Origem	Rural	74	54,01
	Urbana	63	45,99

No que se refere ao estado civil, 55 indivíduos eram viúvos(as), 34 eram casados(as) ou viviam com companheiro(a), 28 eram solteiros(as) e 20 sujeitos relataram ser separados(as) ou desquitados(as) ou divorciados(as), correspondendo a 40,15%, 24,82%, 20,44% e 14,60% respectivamente.

Quanto ao estilo de vida, 28 idosos disseram morar sozinhos(as), o que corresponde a 20,44% da amostra do estudo, 34 idosos (24,82%) disseram morar com esposo(a) e /ou filhos e/ou família de um filho e 75 idosos (54,74%), portanto a maioria, relataram morar com outras pessoas, sendo que a quase totalidade destes eram idosos institucionalizados que dividiam seu quarto com pessoas que não pertenciam a sua família (Tabela 3).

Tabela 3- Distribuição da amostra segundo o estado civil e estilo de vida.

Variáveis		N	%
Estado civil	Viúvo(a)	55	40,15
	Casado(a)/ vivendo com companheiro	34	24,82
	Solteiro(a)	28	20,44
	Separado(a)/ desquitado(a)/divorciado(a)	20	14,60
Estilo de vida	Morando com outras pessoas	75	54,74
	Morando com esposo(a)/ filho/ família de filho	34	24,82
	Morando sozinho(a)	28	20,44

O nível de escolaridade relatado pelos sujeitos da amostra foi baixo com 07 pessoas sem estudo, 99 pessoas com estudo fundamental incompleto ou completo, 24 com ensino médio completo ou incompleto e apenas 07 com ensino superior completo ou incompleto equivalente a 5,11% do total da amostra. Fica claro então que 77,37% da amostra não frequentaram a escola ou o fizeram somente até o ensino fundamental.

O rendimento relatado também foi baixo com apenas 1,46%, ou seja 02 pessoas com rendimento acima de 10 salários mínimos mensais, 37,96% com rendimento de 02 a 10 salários mínimos mensais e 83 pessoas (60,58%) com rendimento até 02 salários mínimos mensais ou sem rendimento algum (Tabela 4).

Tabela 4- Distribuição da amostra segundo escolaridade e rendimento.

Variáveis		N	%
Escolaridade	Analfabeto	07	5,11
	Ensino fundamental completo ou não	99	72,26
	Ensino médio completo ou não	24	17,52
	Ensino superior completo ou não	07	5,11
Rendimento	Até 02 SM*	83	60,58
	02 a 10 SM*	52	37,96
	> 10 SM*	02	1,46

SM* = salário mínimo vigente = R\$410,00 (quatrocentos e dez reais)

Uso e/ou necessidade de prótese removível

A grande maioria dos indivíduos da amostra em estudo relatou usar prótese removível (78,10%) e apenas 30 pessoas, ou seja 21,90% relataram não usa-la. Quanto à necessidade de prótese removível, 94 e 43 pessoas disseram não necessitar e necessitar de prótese respectivamente, o que equivale a 68,61% e 31,39% da amostra (Tabela 5).

Tabela 5- Distribuição da amostra quanto ao uso ou necessidade de prótese removível.

Variáveis		N	%
Uso prótese	Sim	107	78,10
	Não	30	21,90
Necessidade prótese	Sim	43	31,39
	Não	94	68,61

Acesso a serviços odontológicos

Todos os entrevistados disseram já ter consultado o dentista anteriormente, mas apenas 44 idosos (32,12%) consultaram há menos de 01 ano enquanto que 93 idosos (67,88%) consultaram há mais de 01 ano.

O local mais utilizado para atendimento foi o serviço privado liberal ou serviço privado (planos e convênios) com 72,26% do total da amostra, ou seja 99 sujeitos relatando ter utilizado este tipo de atendimento, enquanto que 38 sujeitos (27,74%) relataram atendimento no serviço público ou filantrópico ou outros.

Quando questionados sobre a motivação para a consulta ao dentista, 51,09% (n=70) relataram ser consulta de rotina, reparos, manutenção, e o restante (48,91%) relatou ter sentido algum incômodo como dor, sangramento gengival, cavidades nos dentes, feridas, caroços, manchas na boca, rosto inchado e outros.

Quanto a terem recebido informações sobre como evitar problemas bucais, 112 indivíduos responderam afirmativamente, sendo que 25 disseram que não receberam.

A maioria da amostra (n=78) julgou necessitar de tratamento odontológico no momento da pesquisa (56,93%) e 43,07% julgaram não necessitar.

Os dados referentes ao acesso a serviços odontológicos podem ser visualizados na Tabela 6.

Tabela 6- Distribuição da amostra segundo acesso a serviços odontológicos.

Variáveis	N	%	
Consulta anterior ao dentista	Sim	137	100
	Não	0	0
Tempo da última consulta	< 01 ano	44	32,12
	01 ano ou mais	93	67,88
Local da consulta	Serviço privado (liberal/ planos/ convênios)	99	72,26
	Serviço público/ filantrópico/ outros	38	27,74
Motivação para consulta	Rotina/ reparo/ manutenção	70	51,09
	Presença de sintomas	67	48,91
Informações preventivas	Sim	112	81,75
	Não	25	18,25
Necessidade tratamento	Sim	78	56,93
	Não	59	43,07

Índice de avaliação da saúde bucal geriátrica- GOHAI.

A média da soma dos escores finais de toda a amostra resultou em pontuação no GOHAI igual a 27,49, o que indica baixa percepção das condições de saúde bucal pela amostra. O valor máximo obtido foi de 36 pontos e o valor mínimo obtido foi de 17 pontos.

A média dos escores finais entre os idosos institucionalizados foi igual a 26,97, sendo 26,84 e 27,11 na instituição “Assistência Social Betel” e “Lar dos Velinhos de Piracicaba”, respectivamente. Entre os idosos não institucionalizados a média dos escores finais do GOHAI foi igual a 28,49 (Figuras 1 e 2).

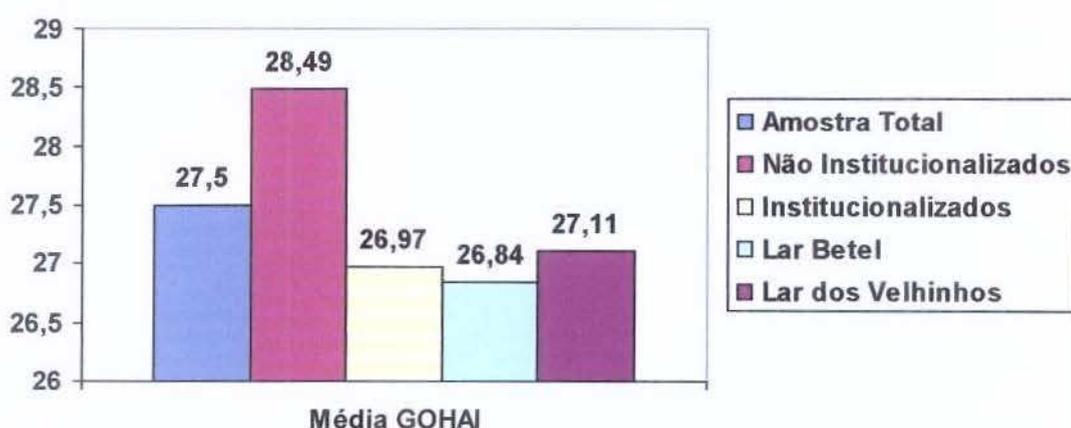


Figura 1- Média dos escores finais do GOHAI segundo o local de coleta dos dados

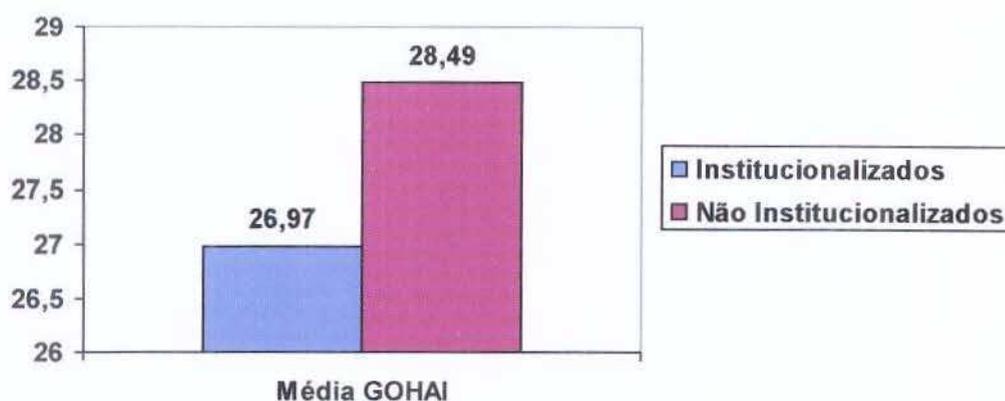


Figura 2 – Média dos escores finais do GOHAI segundo o tipo de moradia

Associação entre as variáveis independentes e o índice GOHAI

A avaliação da associação entre o GOHAI e as variáveis sócio-demográficas pode ser visualizada na tabela a seguir (Tabela 7).

Tabela 7- Análise univariada para avaliação da associação entre as variáveis sócio-demográficas e o GOHAI

Variáveis sócio-demográficas	Mediana - GOHAI		p-value
	≤28	>28	
Instituição:			
Lar Betel e Lar dos Velhinho	55 (61,1%)	35 (38,9%)	0,0111
Grupo da 3ª idade	18 (38,3%)	29 (61,7%)	
Idade:			
≤ 70 Anos	35 (50,7%)	34 (49,3%)	0,5452
>70 anos	38 (55,9%)	30 (44,1%)	
Sexo:			
Feminino	36 (52,2%)	33 (47,8%)	0,7929
Masculino	37 (54,4%)	31 (45,6%)	
Nascimento:			
Estado de São Paulo	64 (54,2%)	54 (45,8%)	0,5776
Outros Estados	9 (47,4%)	10 (52,6%)	
Origem Rural:			
Sim	44 (59,5%)	30 (40,5%)	0,1164
Não	29 (46,0%)	34 (54,0%)	
Estado Civil:			
Casado(a)	14 (41,2%)	20 (58,8%)	0,4332
Viúvo(a)	31 (56,4%)	24(43,6%)	
Separado(a)	12 (60,0%)	8 (40,0%)	
Solteiro(a)	16 (57,1%)	12 (42,9%)	
Moradia:			
Instituição	55 (61,1%)	35 (38,9%)	0,0111
Residência autônoma	18 (38,3%)	29 (61,7%)	

Estilo de vida:			
Sozinho	14 (53,8%)	12 (46,2%)	0,0149
Esposo (a) / filhos	12 (33,3%)	24 (66,7%)	
Outros	47 (62,7%)	28 (37,3%)	
<hr/>			
Escolaridade:			
Não freqüentou escola/ ensino fundamental incompleto ou completo	59 (55,7%)	47 (44,3%)	0,3027
Ensino médio incompleto ou completo/ ensino superior incompleto ou completo	14 (45,2%)	17 (54,8%)	
<hr/>			
Rendimento:			
Sem rendimento até 02 salários mínimos	49 (59,8%)	33 (40,2%)	0,0638
Acima de 02 salários mínimos	24 (43,6%)	31 (56,4%)	

Na análise univariada, a qual testa a associação entre as características sócio-demográficas e a autopercepção da saúde bucal avaliada por meio do GOHAI, não houve diferença estatisticamente significativa considerando a idade, gênero, local de nascimento, origem rural ou urbana, estado civil, escolaridade e rendimento, havendo, contudo, diferença estatisticamente significativa no que se refere à moradia e ao estilo de vida. Os indivíduos residentes em instituição pontuaram menos no GOHAI em relação aos não institucionalizados ($p=0,0111$). Os indivíduos que relataram morar sozinhos(as) e aqueles que disseram morar com outras pessoas que não eram familiares, pontuaram menos no GOHAI em relação aos que relataram morar com a esposa(o) e/ou filhos e/ou família de um filho ($p=0,0149$). Na figura a seguir, tem-se a distribuição da amostra segundo as características tipo de moradia e estilo de vida em relação a mediana do GOHAI (Figura 3).

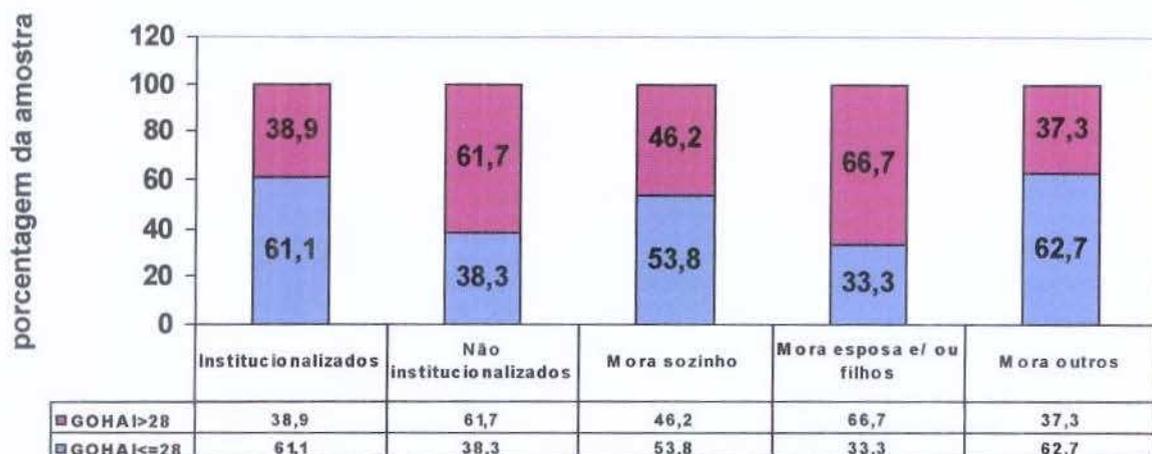


Figura 3- Distribuição da amostra segundo as características tipo de moradia e estilo de vida em relação a mediana do GOHAI.

A avaliação da associação das características da amostra quanto ao uso e/ou necessidade de prótese removível e o índice GOHAI pode ser visualizada na Tabela 8.

Tabela 8- Análise univariada para avaliação da associação entre o uso e/ou necessidade de prótese removível e o GOHAI.

Variáveis Independentes	Mediana - GOHAI		p - value
	≤28	>28	
Uso de prótese:			
Não usa	17 (60,7%)	11 (39,3%)	0,3770
Usa	56 (51,4%)	53 (48,6%)	
Necessidade de prótese:			
Não necessita	39 (41,0%)	56 (59,0%)	<0,0001
Necessita	34 (80,9%)	8 (19,1%)	

Não houve diferença estatisticamente significativa nos escores finais do GOHAI quanto ao uso ou não de prótese removível, mas quanto à necessidade de prótese removível, aqueles que relataram necessitar pontuaram menos no GOHAI com diferença estatisticamente significativa em relação aos que relataram não necessitar de prótese removível ($p < 0,0001$) (Figura 4).

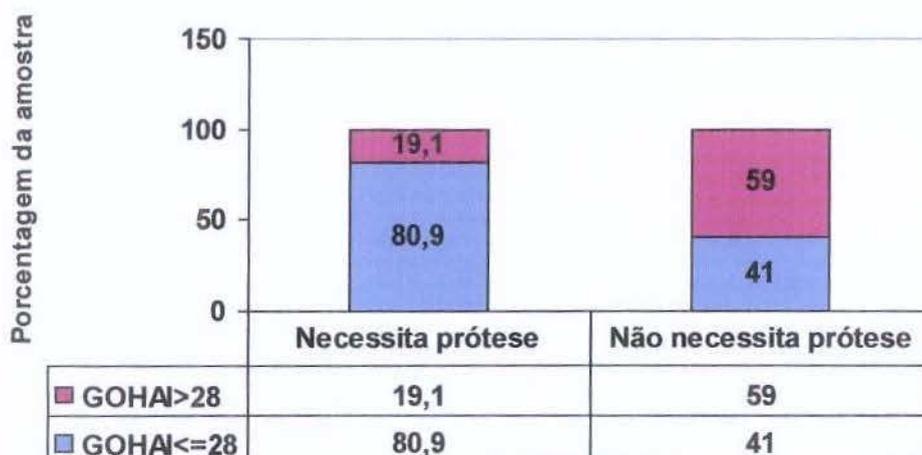


Figura 4- Distribuição da amostra segundo necessidade ou não de prótese em relação a mediana do GOHAI.

A influência das características da amostra nos escores finais do GOHAI quanto ao acesso a serviços odontológicos é apresentada na tabela a seguir (Tabela 9).

Tabela 9- Análise univariada para avaliação da associação entre o acesso a serviços odontológicos e o GOHAI.

Variáveis Independentes	Mediana - GOHAI		p - value
	≤28	>28	
Tempo da última consulta:			
Menos de 01 ano	25 (56,8%)	19 (43,2%)	0,5685
01 ano ou mais	48 (51,6%)	45 (48,4%)	
Local da consulta:			
Serviço público/ serviço filantrópico/ outros	25 (62,5%)	15 (37,5%)	0,1650
Serviço privado liberal/ serviço privado (planos e convênios)	48 (49,5%)	49 (50,5%)	
Motivação para a consulta:			
Rotina/ reparos/ manutenção	22 (31,4%)	48 (68,6%)	<0,0001
Dor/ sangramento gengival/ cavidades nos dentes / feridas, caroços, manchas na boca/ rosto inchado/ outros	51 (76,1%)	16 (23,9%)	
Informações CD:			
Sim	59(56,7%)	53 (47,3%)	0,7634
Não	14(56,0%)	11 (44,0%)	
Necessidade de tratamento:			
Sim	56 (71,8%)	22 (28,2%)	<0,0001
Não	17 (28,8%)	42 (71,2%)	

Em relação ao acesso a serviços odontológicos, não houve diferença estatisticamente significativa nos escores finais no GOHAI quanto ao tempo da

última consulta, local da consulta e informações recebidas sobre cuidados bucais, mas considerando a motivação para a procura por atendimento odontológico, houve uma pontuação menor no GOHAI entre os sujeitos que relataram consultar o dentista apenas na presença de algum sintoma na cavidade bucal, diferentemente dos que disseram consultar o dentista como rotina, os quais tiveram uma pontuação maior no GOHAI com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$). Os indivíduos que relataram sentir necessidade de tratamento odontológico no momento da pesquisa pontuaram menos no GOHAI em relação aos que acharam não precisar de tratamento, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) (Figura 5).

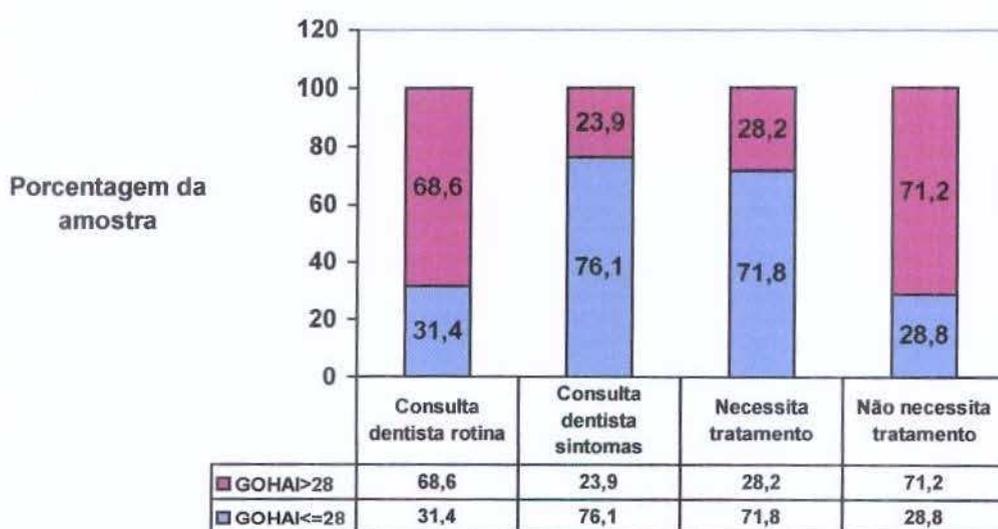


Figura 5- Distribuição da amostra segundo motivação para consulta ao dentista e necessidade de tratamento em relação a mediana do GOHAI.

A seguir são apresentados os resultados da análise de Regressão Logística (Tabela 10).

Tabela 10- Análise de Regressão Logística

Características	GOHAI baixo	Odds Ratio	Odds Ratio (Intervalo de confiança)	p-level
Por que o CD:				
Rotina/ reparos/ manutenção	22 (31,4%)	1,00		
Dor/ sangramento gengival/ cavidades nos dentes/ feridas, caroços, manchas na boca/ rosto inchado/ outros	51 (76,1%)	4,80	2,00-16,6	<0,0001
Necessita de tratamento:				
Sim	56 (71,8%)	6,67	2,78-15,9	<0,0001
Não	17 (28,8%)	1,00		

A análise de Regressão Logística Múltipla demonstrou que os indicadores de risco para baixos valores do GOHAI foram: motivação para a consulta ao dentista e a necessidade de tratamento odontológico. Portanto, os indivíduos que procuravam o dentista apenas na presença de sintomas orais caracterizando uma situação de urgência (4,8 vezes mais chance), e aqueles que consideraram precisar de tratamento odontológico no momento da pesquisa (6,67 vezes mais chance), possuíram maior possibilidade de apresentar uma pontuação baixa do GOHAI.

5. Discussão

A amostra deste estudo teve distribuição estatisticamente equivalente entre os gêneros, o que não corresponde aos dados do IBGE (2000) quanto às expectativas de vida ocorrerem de forma não uniforme em ambos os gêneros, com as mulheres vivendo 7,8 anos mais do que os homens. A equivalência neste estudo ocorreu provavelmente porque os homens se dispuseram mais a participarem do estudo do que as mulheres.

A idade dos participantes variou entre 60 e 92 anos, com média de 72,1 anos, valor este que se assemelha ao encontrado em outros estudos direcionados aos idosos (Pereira *et al.*, 1999; Torres, 2003; Reis *et al.*, 2005; Rodrigues, 2005; Murakami *et al.*, 2007).

A maioria dos sujeitos da amostra nasceu no estado de São Paulo, o que era previsível uma vez que a pesquisa foi realizada no município de Piracicaba, localizado no interior deste estado.

Mais da metade dos participantes (54,01%) relatou ter origem rural, dado semelhante foi obtido por Torres (2003) ao fazer um estudo exploratório sobre saúde bucal e qualidade de vida em idosos em Piracicaba, onde mais da metade da amostra havia vivido na zona rural. A investigação sobre a origem rural pode fornecer informações a respeito de cuidados, hábitos, aprendizados adquiridos naquela época da vida e que podem estar relacionados com a saúde bucal no presente, contudo essa variável não foi estatisticamente associada às piores percepções de saúde.

Quanto ao estado civil, a maior parte foi composta por viúvos(as), seguidos dos casados(as) ou vivendo com companheiro(a), depois os solteiros(as) e por último os separados(as) ou desquitados(as) ou divorciados(as). O fato da qualidade de vida estar melhorando nesta faixa etária propicia aos idosos se sentirem motivados, quando sozinhos, a estabelecerem novas relações afetivas.

No que se refere ao estilo de vida, a maioria relatou viver com outras pessoas que não familiares (54,74%), seguida dos que viviam com esposo(a) e/ou filho ou família de um filho e depois os que viviam sozinhos. A quase totalidade dos que viviam com outras pessoas que não familiares era de idosos institucionalizados que moravam em habitações coletivas. Quanto a viver com a família de um filho, alguns relataram que na verdade é o filho com a família que vivia com ele (idoso). Os participantes que relataram morar com outras pessoas que não pertenciam à família pontuaram mais baixo no GOHAI em relação aos demais, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,0149$). Isto mostra a importância do ser humano conviver junto ao núcleo familiar, em um ambiente no qual possa ser percebido, entre pessoas com as quais possa haver troca de atenção, propiciando o desenvolvimento da percepção sobre si mesmo.

Quanto ao tipo de moradia, este estudo em particular contou com 45 idosos residentes em pavilhões na instituição "Lar dos Velinhos de Piracicaba", a qual apesar de contar com casas particulares no seu interior, os moradores destas não fizeram parte da amostra com o objetivo de selecionar somente idosos institucionalizados. Outros 45 idosos residentes na instituição "Assistência Social Betel" fizeram parte da pesquisa e 47 idosos não institucionalizados, residindo em

residências autônomas. O tipo de moradia influenciou na autopercepção da saúde bucal, sendo que os idosos não institucionalizados pontuaram mais alto no GOHAI ($p=0,0111$) na análise univariada em relação aos institucionalizados. Viver não institucionalizado certamente permite a estas pessoas uma vida social mais ativa, com participação maior na sociedade e um cotidiano dinâmico permitindo a interação com diferentes pessoas de diversas faixas etárias, refletindo positivamente na autopercepção da saúde bucal. Resultado semelhante foi encontrado por Rodrigues (2005) ao estudar a autopercepção da saúde bucal por idosos da instituição “Lar dos Velhinhos de Piracicaba” incluindo na amostra os moradores em residências internas à instituição.

O grau de escolaridade dos participantes do estudo foi baixo o que pode ser observado também no estudo de Moreira *et al.* (2005). A grande maioria (77,37%) se concentrou na faixa de analfabetos e com ensino fundamental incompleto ou completo, pouquíssimos chegaram a cursar o ensino superior (5,11%).

O rendimento relatado também foi baixo, com a maioria apresentando rendimento até 02 salários mínimos mensais ou sem rendimento algum. Segundo a PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1997), 40% dos idosos brasileiros apresentam renda familiar *per capita* de menos de 01 salário mínimo. De acordo com o estudo realizado por Pucca Jr. (2000), o rendimento mensal está relacionado à procura por cuidados bucais. Rosa *et al.* (1993) demonstraram que entre os idosos de baixa renda, a frequência de lesões periodontais e de problemas relacionados ao uso de próteses sem manutenção adequada era elevada.

O uso de prótese removível foi relatado pela maioria dos participantes (78,10%), dados semelhantes com boa parte dos idosos usando próteses foram observados em estudos anteriores (Pereira *et al.*, 1999; Scelza *et al.*, 2001; Reis *et al.* 2005). O uso elevado de próteses se deve ao grande número de edêntulos nesta faixa etária.

A necessidade de prótese removível foi relatada por 31,39% da amostra. Este resultado não foi tão negativo quanto o encontrado por Reis *et al.* (2005), que observaram que 80,28% dos idosos examinados necessitavam de alguma prótese. Os idosos que necessitavam de prótese pontuaram mais baixo no GOHAI em relação aos que não necessitavam, com diferença estatisticamente significativa na análise univariada ($p<0,0001$). Murakami *et al.* (2007) descreveram a epidemiologia da necessidade de prótese na população de idosos em Curitiba e concluíram que a

necessidade de prótese teve alta prevalência e a autopercepção sobre saúde bucal foi considerada variável essencial para avaliar a necessidade de prótese dentária.

Quando questionados sobre consulta anterior ao dentista todos responderam afirmativamente. O estado de São Paulo concentra um grande número de dentistas, particularmente a cidade de Piracicaba, onde se situa a Faculdade de Odontologia da UNICAMP, além dos serviços oferecidos pelo SUS (Sistema Único de Saúde), o que pode ter contribuído para que todos já tivessem consultado um dentista.

A maioria (67,88%) consultou o dentista há mais de um ano. Saliba *et al.* (1999) em pesquisa na cidade de Araraquara, concluíram que 88% dos idosos consultaram o dentista há mais de dois anos. Matos *et al.* (2004), utilizando dados do PNAD 1998, relataram que 13,2% dos idosos consultaram o dentista há menos de um ano, enquanto que 80,5% consultaram há um ano ou mais e 6,3% jamais haviam consultado.

O local mais utilizado para atendimento foi o serviço privado (liberal, planos e convênios). Em um grupo populacional onde a maioria tem renda mensal até dois salários mínimos, a despesa oriunda de um tratamento odontológico ou convênio não é uma alternativa atraente. A dificuldade de acesso do idoso ao tratamento odontológico gratuito oferecido pelo SUS tem sido uma barreira para sua utilização. Em estudo realizado por Ramos e Lima (2003), os usuários relataram a necessidade de enfrentarem filas desde a madrugada para ingressarem no atendimento.

Quando questionados se receberam informações sobre como evitar problemas bucais, 81,75% responderam que sim, o que mostra uma preocupação da classe odontológica em promover o auto-cuidado.

Quanto à motivação para a consulta odontológica, os idosos que relataram consultar o dentista para atendimento de urgência obtiveram uma pontuação menor do GOHAI em relação aos que disseram procurar o dentista rotineiramente, com 4,8 vezes mais chance de pontuarem abaixo da mediana do GOHAI na análise de Regressão Logística. Assim, consultar o dentista apenas em situação de urgência pode ser considerado um indicador de risco para baixa percepção de saúde bucal por idosos, pois possivelmente este fato esteja relacionado a maiores demandas por serviços que este grupo de pacientes apresenta e, portanto, piores condições de saúde. O indivíduo que procura o dentista como rotina mostra maior atenção e cuidado com a própria saúde, além de um interesse maior no aprendizado de informações sobre auto-cuidados transmitidos pelo profissional, refletindo na sua

saúde bucal e na sua autopercepção. O contato periódico com o dentista é importante para a manutenção da motivação do paciente para a prática de atitudes corretas em relação a sua saúde bucal.

A maioria da amostra julgou necessitar de tratamento odontológico no momento da pesquisa, dado semelhante foi observado por Saliba *et al.* (1999), onde 67% dos idosos gostariam de receber tratamento. Os idosos que disseram necessitar de tratamento pontuaram menos no GOHAI com diferença estatisticamente significativa na análise univariada ($p < 0,0001$) e tiveram 6,67 vezes mais chance de pontuarem abaixo da mediana do GOHAI na análise de Regressão Logística, em relação aos que disseram não necessitar de tratamento odontológico. Assim, julgar necessitar de tratamento odontológico pode ser considerado um indicador de risco para baixa percepção de saúde bucal por idosos. As pessoas que possuem uma saúde bucal precária percebem a necessidade de tratamento odontológico quando sentem que a qualidade de vida em relação à saúde bucal foi afetada resultando em prejuízos funcionais, psicológicos e sociais o que reflete em uma pontuação menor no GOHAI.

O questionário GOHAI se refere a uma avaliação multidimensional feita por idosos a respeito da própria saúde bucal. O valor médio do GOHAI encontrado foi de 27,49, correspondendo a uma baixa autopercepção das condições de saúde bucal pela amostra. Valor próximo foi encontrado por Rodrigues (2005), ou seja, 28,03.

Não apenas as condições clínicas, mas a percepção do indivíduo sobre sua saúde são importantes motivadores para o auto-cuidado, que pode incluir a procura do especialista para avaliação e tratamento, a adesão ao tratamento e continuidade dos cuidados por longo prazo. Assim, as pesquisas utilizando instrumentos de autopercepção em saúde precisam continuar principalmente nesta faixa etária em que muitos ainda acreditam que uma condição dentária precária é um fato natural do envelhecimento.

6. Conclusão

Baseados neste estudo podemos concluir que:

- A. O grupo de idosos apresentou baixa autopercepção das condições de saúde bucal.

- B. As variáveis local de nascimento, idade, gênero, origem, estado civil, moradia, estilo de vida, escolaridade, rendimento, uso e/ou necessidade de prótese removível, consulta anterior ao dentista, tempo da última consulta, local da consulta e informações sobre prevenção não foram consideradas indicadores de risco para baixa autopercepção das condições de saúde bucal por idosos.
- C. As variáveis motivação para a consulta ao dentista e o julgamento de necessidade de tratamento influenciaram a autopercepção da saúde bucal por idosos, sendo que procurar o dentista apenas em situação de urgência e necessitar de tratamento odontológico foram considerados indicadores de risco para baixa autopercepção das condições de saúde bucal.

Referências*

Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J. Dental Educ.* 1990; 54(11): 680-7.

Cabral HAM, Martinelli P JL. Determinação da condição de saúde bucal, através do GOHAI, de idosos abrigados em instituições de longa permanência conveniadas com o Fundo Municipal de Assistência Social da Prefeitura do Recife – PE. *Odontol. Clin-cient.* Jan/abr. 2003; 2(1): 43-49.

Carvalho OL. *Condições e Autopercepção da Saúde Bucal em Adultos e Idosos.* [dissertação]. Piracicaba: UNICAMP/FOP; 2005.

Dolan TA. The sensitivity of the Geriatric Oral Health Assessment Index to dental care. *Journal of Dental Education.* 1997; 61(1): 36-46.

Hebling E. Prevenção em odontogeriatria. In: Pereira AC, organizador. *Odontologia em saúde coletiva – planejando ações e promovendo saúde.* Curitiba: Artmed; 2003. p. 426-37.

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000. Disponível URL: <http://www.ibge.org.br> [2007 Out 20].

INCA - Instituto Nacional do câncer. Câncer de boca. Disponível em URL: <http://www.inca.gov.br/cancer/boca/> [2008 Jan 15].

Jorge Jr J. **Influência de fatores locais e sistêmicos na presença do gênero Cándida na boca de idosos.** [Tese]. Piracicaba: UNICAMP/FOP; 1996

kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev.Saúde Pública.** 1987; 21(3): 200-10.

Manfredini MA. Planejamento em saúde bucal. In: Pereira AC, organizador. **Odontologia em saúde coletiva - planejando ações e promovendo saúde.** Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 50-63.

Matos DL, Giatti L, Costa MFL. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública.** Set/out. 2004; 20(5): 1297.

Meneghim MC, Saliba NA. Condição de saúde bucal da população idosa de Piracicaba – S.P., 1998. **Rev.Pos Grad.** 2000; 7(1): 7-13.

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

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

Murakami AMV, Moysés SJ, Moysés ST. Equidade frente à necessidade de prótese dentária na população de 65 a 74 anos de idade em Curitiba. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília. Jun, 2007; 16(2).

Neri AL. *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas. Editora: Alínea; 2001. p.136.

Padilha DMP. *A saúde bucal de pacientes idosos: aspectos clínicos de um grupo de idosos ingleses e clínicos-radiográficos de um grupo de idosos brasileiros*. [tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1997.

Pereira AC, Queluz DP, Meneghim MC. Condições periodontais em idosos usuários do Centro de Saúde "Geraldo de Paula Sousa", São Paulo, Brasil. *Rev. Fac. Odontologia de Lins*. Jan/jun, 1996; 9(1): 20-25.

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

Pinto VG. Educação em Saúde Bucal In: Pinto, V.G. *Saúde Bucal Coletiva*. Ed. Santos; 2002. p. 311-317.

Pucca Jr GA. A saúde bucal do idoso: aspectos demográficos e epidemiológicos. Disponível em URL: <http://www.odontologia.com.br/geriatria/htm> [2007 Out 20].

Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários de uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19: 27-34.

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

Rodrigues CK. **Autopercepção de Saúde Bucal em Idosos**. [dissertação]. Piracicaba: UNICAMP/FOP; 2005.

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

Saliba CA, Saliba NA, Marcelino G, Moimaz SAS. Auto-avaliação de saúde na terceira idade: sobre saúde bucal através de um inquérito. **RGO**. Jul/set. 1999; 47(3): 127-130.

Saliba CA, Saliba NA, Marcelino G, Moimaz SAS. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. **Revista APCD**. 1999; 53(4).

Scelza MFZ, Rodrigues C, Silva VS, Faria LCM, Câmara V, Scelza Neto P. Saúde bucal dos pacientes do programa interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia da UFF. **RBO**. Set/out. 2001; 58(5): 351-354.

Silva DD, Souza MLR, Wada RS. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. **Cad. Saúde Pública**. Jul/ago. 2005; 21(4): 1251-9.

Silva SRC. **Autopercepção das Condições Bucais em Pessoas com 60 anos e mais de idade**. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública de São Paulo/USP; 1999.

Torres SVS. Saúde bucal: Alterações fisiológicas e patológicas do envelhecimento. In: Freitas EV, Py I, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan; 2002; 100: 828-837.

Torres SVS. **Pacientes Odontogerítricos: um estudo exploratório sobre saúde bucal e qualidade de vida**. [tese]. Campinas: UNICAMP/Faculdade de Educação; 2003.

Wener CW, Saunders MJ, Paunovich E. Odontologia geriátrica. **Rev. Fac Odont Lins**. 1998; 11(1): 62-70.



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 "**Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos no município de Piracicaba, SP, por meio do índice GOHAI**", protocolo nº **093/2007**, dos pesquisadores **ANABEL CRISTINA BORTOLETTO ALCARDE** e **ANTONIO CARLOS PEREIRA**, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 14/11/2007.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project "**Self-perception of oral health status by the elderly in Piracicaba city, SP, by means of GOHAI index**", register number **093/2007**, of **ANABEL CRISTINA BORTOLETTO ALCARDE** and **ANTONIO CARLOS PEREIRA**, 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 14/11/2007.


Prof. Cíntia Pereira Machado Tabchoury

Secretária
CEP/FOP/UNICAMP


Prof. Jacks Jorge Júnior

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 I

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você a participar da pesquisa “**Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos no município de Piracicaba, SP, por meio do índice GOHAI**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores **Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira**, docente da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP e **Anabel Cristina Bortoletto Alcarde**, cirurgiã-dentista, aluna do curso de especialização em Odontologia em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP.

Justificativa: o conhecimento adquirido a respeito da autopercepção da saúde bucal por idosos é importante para o planejamento de ações de saúde educativas, preventivas e curativas direcionadas para este grupo etário.

Objetivo: esta pesquisa tem como objetivo avaliar a autopercepção das condições de saúde bucal por idosos institucionalizados e não institucionalizados de Piracicaba, São Paulo, e a possível influência de fatores sócio-demográficos e de acesso a serviços odontológicos na autopercepção da saúde bucal.

Procedimentos: o participante desta pesquisa deverá responder aos questionários fornecidos pelos pesquisadores. Ao todo serão três questionários de fácil preenchimento, sendo um para avaliar características sócio-demográficas uso e/ou necessidade de uso de prótese removível, um para avaliar acesso a serviços odontológicos e outro para avaliar saúde bucal autopercebida. A identificação de cada questionário será feita por números, garantindo a privacidade de cada participante. O mesmo número será anotado no TCLE.

Métodos alternativos existentes para obtenção da informação desejada: não existem métodos alternativos para obtenção da informação desejada.

Desconforto e riscos previsíveis: este estudo não trará nenhum risco previsível para o participante, tendo em vista tratar-se da aplicação única de questionários.

Benefícios: as informações obtidas neste estudo não trarão benefícios diretos aos participantes, mas ampliarão o conhecimento e serão úteis para o possível planejamento futuro de ações de saúde direcionadas para os idosos.

Garantia de acompanhamento e assistência ao sujeito: durante todo o estudo os pesquisadores Anabel Cristina Bortoletto Alcarde e Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira responderão a todas as perguntas referentes à pesquisa, podendo ser contatados pelo telefone: 21065209 – Área de Odontologia Preventiva e Saúde Pública da FOP/UNICAMP.

Grupo controle ou placebo: não existirá grupo controle ou placebo nesta pesquisa.

Garantia de esclarecimentos: é importante ressaltar que em todo momento, antes e durante a pesquisa os participantes poderão esclarecer suas dúvidas quanto à realização da mesma com os pesquisadores responsáveis.

Liberdade para se recusar em participar da pesquisa: o indivíduo a ser consultado no ato da pesquisa poderá se recusar a responder aos questionários, bem como não será obrigado a entregá-los, sem acarretar-lhe qualquer constrangimento ou prejuízo.

Garantia de sigilo: ao voluntário da pesquisa será garantido o sigilo de todas as informações adquiridas. Sua identidade será preservada mediante a utilização de um mesmo número para identificação de todos os questionários respondidos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Ressarcimento aos sujeitos da pesquisa: o ressarcimento de gastos aos indivíduos desta pesquisa não está previsto, já que os mesmos responderão a apenas e simplesmente questionários entregues e recolhidos pela pesquisadora, e não terão gastos.

Formas de indenização: não há previsão de indenização aos participantes desta pesquisa, pois não há risco previsível ou mensurável aos mesmos.

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

Nome: _____

Documento: _____

Fone: () _____

Ciente: _____

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

ATENÇÃO: A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da FOP/UNICAMP. Endereço: Av. Limeira, 901 CEP: 13414-903 – Piracicaba – SP, telefone: 21065349, e-mail: cep@fop.unicamp.br, site: <http://www.fop.unicamp.br/cep/index.htm> ou entre em contato com os pesquisadores Anabel Cristina Bortoletto Alcarde, e-mail: anabelalcarde@hotmail.com, telefone: 21065209 e Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, e-mail: apereira@fop.unicamp.br, telefone: 21065209.

UNICAMP / FOP
BIBLIOTECA

ANEXO III

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Nome da instituição ou grupo: _____
2. Data de nascimento: __/__/__ Idade: __ anos
3. Sexo: a. M b. F
4. Onde nasceu?
Cidade: _____ Estado: _____ País: _____
5. Já morou na zona rural?
a. sim, por ____ ano(s) b. não
6. Se já morou na zona rural, em que época da sua vida isso ocorreu?
a. infância
b. juventude
c. vida adulta
7. Estado civil:
a. casado(a)
b. viúvo(a)
c. separado(a) / desquitado(a) / divorciado(a)
d. solteiro(a)
e. vivendo com companheiro(a)
8. Onde mora?
a. instituição
b. residência ou apartamento
9. Com quem mora?
a. sozinho
b. com acompanhante ou cuidador
c. com esposo(a)
d. com esposo(a) e filhos
e. com a família de um filho
f. outros

ANEXO IV**ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS**

13. Já foi ao dentista alguma vez?
- a. sim
 - b. não
14. Há quanto tempo?
- a. nunca foi ao dentista
 - b. menos de 1 ano
 - c. de 1 a 2 anos
 - d. 3 ou mais anos
15. Onde?
- a. nunca foi ao dentista
 - b. serviço público
 - c. serviço privado liberal
 - d. serviço privado (planos e convênios)
 - e. serviço filantrópico
 - f. outros
16. Por que?
- a. nunca foi ao dentista
 - b. consulta de rotina / reparos / manutenção
 - c. dor
 - d. sangramento gengival
 - e. cavidades nos dentes
 - f. feridas, caroços ou manchas na boca
 - g. rosto inchado
 - h. outros
17. Como avalia o atendimento?
- a. nunca foi ao dentista
 - b. péssimo
 - c. ruim
 - d. regular
 - e. bom
 - f. ótimo
18. Recebeu informações sobre como evitar problemas bucais?
- a. sim
 - b. não
19. Considera que necessita de tratamento odontológico atualmente?
- a. sim
 - b. não

ANEXO V

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

Nos últimos 03 meses qual a frequência com que o senhor (a)

Assinalar apenas um quadradinho em cada pergunta

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