



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



**IMPACTO ODONTOLÓGICO NO DESEMPENHO DIÁRIO DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS DO MUNICÍPIO DE PIRACICABA, SÃO PAULO,
BRASIL**

*Oral Impacts on Daily Performance in Institutionalized elderly in the
Municipality of Piracicaba, São Paulo, Brazil*

Autora: Hellen De Mari Avallone

PIRACICABA
2010

Hellen De Mari Avallone

**IMPACTO ODONTOLÓGICO NO DESEMPENHO DIÁRIO DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS DO MUNICÍPIO DE PIRACICABA, SÃO PAULO,
BRASIL**

***Oral Impacts on Daily Performance in Institutionalized elderly in the
Municipality of Piracicaba, São Paulo, Brazil***

Monografia apresentada ao curso de Odontologia da
Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP,
para a obtenção do diploma de Cirurgiã-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Castro Meneghim

PIRACICABA
2010

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**
Bibliotecária: Elis Regina Alves dos Santos – CRB-8ª. / 8099

Av13i	Avallone, Hellen de Mari. Impacto odontológico no desempenho diário de idosos institucionalizados do município de Piracicaba, São Paulo, Brasil / Hellen de Mari Avallone. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2010. 37f. : il. Orientador: Marcelo de Castro Meneghim. Monografia (Graduação) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. 1. Odontologia preventiva. 2. Saúde bucal. I. Meneghim, Marcelo de Castro. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título. (eras/fop)
-------	---

Dedico este trabalho aos meus pais Afonso José Avallone e Henriqueta De Mari Avallone, os quais me apoiaram durante todo o período de graduação.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Marcelo De Castro Meneghim, pela habilidade com que orientou nosso trabalho.

À instituição “Lar Betel” que apoiou a realização da pesquisa e aos idosos e idosos que se dispuseram a responder às perguntas.

Ao Telmo Bittar e ao Renato Pereira pela paciência e colaboração.

RESUMO

Este estudo avaliou as condições de saúde bucal de idosos institucionalizados e o Impacto Odontológico no desempenho Diário destes indivíduos. Tais dados foram relacionados com características sócios demográficas. A amostra foi de 83 indivíduos com mais de 60 anos, residentes em Piracicaba, São Paulo, Brasil. Os exames clínicos seguiram critérios da Organização Mundial da Saúde. Os dados subjetivos foram avaliados usando o índice IODD. Do total de participantes, 35% tiveram pelo menos um desempenho diário afetado por problemas odontológicos nos últimos 6 meses. O mais prejudicado foi o ato de comer e apreciar a comida (27%), seguido por manter um estado emocional equilibrado sem ficar irritado (17%) e falar, pronunciar com clareza (14%). Este prejuízo nas atividades diárias se deve ao grande número de idosos desdentados sem reabilitação protética, ou portadores de próteses mal adaptadas.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Impacto Odontológico no Desempenho Diário; Idoso

ABSTRACT

This study evaluated the health status of institutionalized elderly and the Oral Impacts on Daily Performance of these individuals. Such data were related to demographic characteristics of members. The sample consisted of 83 individuals with over 60 years living in Piracicaba, São Paulo, Brazil. The clinical criteria followed the World Health Organization Subjective data were evaluated using the index OIDP. Of the total participants, 35% had at least one daily performance affected by dental problems in the past 6 months. The most affected was the act of eating and enjoying the food (27%), followed by maintaining a balanced emotional state without being irritable (17%) and talk, speak with clarity (14%). This impairment in daily activities due to the large number of elderly edentulous patients without prosthetic rehabilitation, or patients with poorly fitted dentures.

Keywords: Oral Health; Oral Impacts on Daily Performance; Aged

SUMÁRIO

2. INTRODUÇÃO.....	8
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	9
4. PROPOSIÇÃO.....	22
5. MÉTODOS.....	22
6. RESULTADOS.....	25
7. DISCUSSÃO.....	29
8. CONCLUSÕES.....	31
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
10. ANEXOS.....	36

INTRODUÇÃO

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2025 o Brasil terá aproximadamente 32 milhões de idosos, e será o sétimo país em número absoluto de indivíduos desta faixa etária (OMS, 1999).

Este envelhecimento populacional que vem ocorrendo em nosso país se deve à melhoria nas condições de saneamento básico e higiene, além dos avanços na medicina, nutrição e tecnologia (Rosa et al, 1992).

Porém, a qualidade de vida dos idosos está relacionada tanto com a saúde geral, como com a saúde bucal; e esta, nesta parcela da população se caracteriza pela perda dentária, problema comum em países que se encontra em desenvolvimento (Locker, 2001).

Estudos têm evidenciado que a população idosa brasileira apresenta uma saúde bucal precária, em que há prevalência de indivíduos desdentados totais, além da ausência de programas preventivos voltados para esta parcela da população (Silva, 2004; Brasil, 2004).

Algumas alterações são comuns no envelhecimento tais como: dificuldade de deglutição, diminuição da salivação e da capacidade mastigatória, modificações no paladar e a perda da dimensão vertical. Estas alterações podem influenciar na qualidade de vida do idoso por serem fatores de risco para diversas outras patologias bucais, muito freqüentes nestes indivíduos, como é o caso de cáries radiculares, lesões da mucosa bucal, infecções por fungos e doenças periodontais (Silva, 2000; Rosa, 1993; Coleman, 2002).

Idosos podem ter sua qualidade de vida afetada por um histórico de doenças, resultando em mudanças nos valores e na percepção, que ocorrem nesta fase da vida. E, segundo a OMS qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, dos seus objetivos, expectativas e preocupações. Tudo isso no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive levando em consideração não apenas a saúde física, mas também o estado psicológico, os relacionamentos sociais, as crenças pessoais e os fatores do meio ambiente (Steele, 2004; The Whoqol Group, 1994; Silva, 2000).

A definição de saúde do ponto de vista epidemiológico, em geral, é medida pela presença ou ausência de doença, visto que medir o grau de saúde em uma dada população é uma tarefa deveras complicada devido à amplitude

deste conceito.

As condições de saúde bucal exercem forte impacto sobre a qualidade de vida, podendo afetar não apenas estruturas biológicas do ser humano, como também seu bem estar físico e psicológico (Locker, 1998).

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

O IODD consiste de um questionário baseado em 8 critérios que medem o impacto das condições bucais no desempenho diário das pessoas observando aspectos funcionais, sociais e psicológicos, tais como presença de dor, sangramento gengival, desconforto durante a alimentação, constrangimento para sorrir em público, fragilidade para desempenhar a função social, entre outros; nos últimos 06 meses ao período proposto para entrevista, medindo a frequência na qual estes efeitos ocorrem nos indivíduos e o peso destes eventos atribuídos pelo paciente entrevistado (Adulyanon et al., 1996).

O resultado é calculado pela soma total dos valores provenientes da multiplicação da frequência e da severidade de cada um dos 8 critérios analisados, divididos pelo número máximo possível dos resultados, multiplicado por 100 (Gomes & Abegg, 2007).

Este índice tem por objetivo complementar as medidas clínicas de mensuração das demandas de saúde bucal relacionadas com a qualidade de vida (Slade et al, 1998), que adotam critérios puramente biológicos, considerando também aspectos culturais e sociais existentes entre diferentes culturas.

REVISÃO DE LITERATURA

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. Tal fenômeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, mas recentemente é nos países em desenvolvimento que o

envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada. No Brasil, o número de idosos (mais de 60 anos de idade) passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em 40 anos) e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020 (Lima-Costa e Veras, 2003).

Existem algumas instituições sociais que prestam assistência a idosos, podendo ser organizadas nas formas de: internatos, nos quais o idoso mora por tempo determinado ou não; hospitais-dia, onde os idosos passam o dia e dormem em casa; e casas-lares, que são famílias que abrigam os idosos e recebem remuneração pelo serviço prestado (Colussi & Freitas, 2002).

A Federação Dentária Internacional (FDI, 1987) considera como idosas as pessoas com 60 anos ou mais, e propõe uma importante classificação quanto ao grau de dependência desses indivíduos, que foi utilizada no estudo de Rosa et al, 1993, cujos resultados mostraram que as pessoas com alto grau de dependência funcional são as detentoras das piores condições de saúde oral. De acordo com essa classificação, os idosos são agrupados em:

- Independentes: indivíduos sadios, podendo apresentar uma ou duas doenças crônicas não graves e controladas por medicação e/ou com algum declínio sensorial associado com a idade, mas que vivem sem necessitar de ajuda;
- Parcialmente dependentes: indivíduos que têm problemas físicos debilitantes crônicos, de caráter médico ou emocional, com perda do seu sistema de suporte social, o que os torna incapazes de manter independência total sem assistência continuada. A maioria dessas pessoas vive na comunidade com serviços de suporte;
- Totalmente Dependentes: aqueles indivíduos cujas capacidades estão afetadas por problemas físicos debilitantes crônicos, médicos e/ou emocionais, que os impossibilitam de manter sua autonomia. Essas pessoas estão em geral institucionalizadas, recebendo ajuda permanente (Rosa AGF et al, 1992).

Idoso na Política Nacional do Idoso é o indivíduo com 60 anos ou mais de vida (Brasil, 1998). Já a OMS considera como idoso indivíduo com 65 anos ou mais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como: *Um estado completo de bem estar físico, mental e social, e não só a ausência de doença ou de enfermidades* (Nutbeam D., 1996).

Já a saúde bucal aparece na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (1986) como: *Parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, e está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e a informação* (Brasil, 1986).

O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) reconheceu que as doenças bucais causam dor, sofrimento, constrangimentos psicológicos e privações sociais, acarretando prejuízos em nível individual e coletivo. A saúde bucal, no contexto das definições contemporâneas de saúde, é entendida como uma dentição confortável, funcional, com uma aparência que permite aos indivíduos desempenharem a sua função social e as suas atividades diárias sem transtornos físicos, psicológicos ou sociais (Dolan TA, 1993; Yewe-Dyer M. 1993).

Um dos principais critérios utilizados para se identificar um idoso bem sucedido é pela manutenção por toda sua vida de sua dentição natural, saudável e estética, o conforto, a habilidade para mastigar, sentir sabor e falar (Ettinger, 1987; Kiyak et al, 1987).

O Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal realizado pelo Ministério da Saúde (MS), em 1986, inclui o grupo de pessoas com 50-59 anos. O índice CPOD, que indica o número de dentes permanentes cariados, perdidos (extraídos e com extração indicada) e restaurados, foi de 27,2 para essa faixa etária, com 86% de participação dos dentes extraídos. Isso já sugere as péssimas condições em que se encontram as pessoas com mais de 60 anos (Brasil/MS, 1988), estando longe de atingir a meta da OMS para o ano 2000, em que na faixa etária de 65-74 anos, 50% das pessoas deveriam apresentar pelo menos 20 dentes em condições funcionais (FDI, 1982).

O Ministério da Saúde desenvolveu, em parceria com outras instituições, o levantamento epidemiológico “Condições de saúde bucal da população brasileira – Projeto SB Brasil, 2003”, que utilizou perguntas fechadas para determinar a autopercepção da saúde bucal de idosos brasileiros. Os resultados obtidos foram: 45,99% dos idosos de 65 a 74 anos consideram sua

saúde bucal boa; 27,48% consideram-na regular; 8,01%, ruim; e 2,46% não sabem (Brasil, 2003).

Estudos epidemiológicos são imprescindíveis para a identificação dos problemas da população, mas precisam ser associados às pesquisas que investigam os significados de como as pessoas percebem seus problemas de saúde e se posicionam diante deles, pois permitem identificar valores sociais, culturais e econômicos que influenciam na sua qualidade de vida (Uchoa E, et al, 2002).

Por outro lado, países que enfatizam ações de prevenção-assistência em saúde bucal, orientadas para os adultos, mostram um quadro odontológico um pouco melhor na terceira idade. Os Estados Unidos, por exemplo, apresentam um CPO-D de 18,37, com participação de 59% dos dentes extraídos, no mesmo grupo populacional (Johnson,1965).

De acordo com os dados mundiais disponíveis, a cárie é o principal problema bucal dos indivíduos com 60 anos ou mais (Ettinger, 1993). Alguns fatores, como a redução do fluxo salivar pelo uso de medicamentos, a dificuldade de higienização por problemas psicomotores e a alteração da dieta, potencializam a ação da doença nessa população (Parajara & Guzzo, 2000).

Sabe-se que a perda da dentição natural influi sobre diversos aspectos do organismo, dentre os quais o aspecto estético, a pronúncia, a digestão e, principalmente, a mastigação. Considerando que um indivíduo com todos os dentes tem capacidade mastigatória de 100%, pessoas que usam próteses totais apresentam capacidade de 25% (Moriguchi, 1992). Assim, a mastigação afetada pelas extrações pode ser limitadamente recuperada pelo uso de próteses.

O elevado número de dentes extraídos encontrado em muitos estudos evidencia a inexistência de tratamento restaurador ao alcance da maioria da população e a inexistência de medidas preventivas eficazes que impeçam a recidiva da cárie na população. Isso faz com que haja sempre o surgimento de novas necessidades, que nunca se esgotarão enquanto for mantido o modelo atual de atenção à doença (Fernandes et al., 1997). Assim, os serviços públicos, incapazes de limitar os danos causados pela cárie por ausência de programas preventivos, realizam extrações em massa e disponibilizam à população idosa apenas atendimento emergencial, fazendo com que suas

necessidades de tratamento se acumulem, atingindo níveis altíssimos. Com isso, há grande demanda de tratamentos protéticos, que não são oferecidos à população nos serviços públicos, nem nos consultórios particulares, por custos acessíveis (Fernandes et al., 1997).

Contudo, o percentual da população que não usa nem necessita de prótese é muito pequeno, segundo Colussi & Freitas (2002). Além disso, a falta de assistência odontológica posterior à colocação da prótese é um dos fatores que justificam os elevados percentuais de necessidade de reparo ou substituição, assim como a alta prevalência de lesões associadas às mesmas (Rosa et al., 1992; Fernandes et al., 1997; Frare et al., 1997; Meneghim & Saliba, 2000).

Segundo Frare et al. (1997) em estudo sobre as condições bucais em idosos de Pelotas, entre as alterações bucais um achado freqüente foi a presença de candidíase provocada pelo uso da dentadura e pela falta de higiene, sendo que a maioria desses idosos usava a mesma prótese há mais de 20 anos. Observou-se, também, periodontite severa naqueles idosos que ainda possuíam alguns dentes.

Quanto a dados epidemiológicos em saúde bucal de idosos, uma revisão bibliográfica retrata índices altos de ataque de cárie e de doenças Periodontais (Machado FR, 2001).

Em um estudo realizado por Silva e Júnior (2000) no município de Araraquara, Brasil, no ano de 1998, foi verificado, em uma amostra de 194 pessoas com 60 anos ou mais, que uma saúde bucal precária estava associada a uma baixa qualidade de vida. Destaca-se o fato de que a maioria dos idosos estudados apresentava a saúde bucal comprometida indicando assim, a necessidade de maior atenção aos idosos nos serviços públicos de saúde (Silva SRC et al, 2000).

Algumas alterações são comuns no envelhecimento tais como: dificuldade de deglutição, diminuição da salivação e da capacidade mastigatória, modificações no paladar e a perda da dimensão vertical. Estas alterações podem influenciar na qualidade de vida do idoso por serem fatores de risco para diversas outras patologias bucais, muito freqüentes nestes indivíduos, como é o caso de cáries radiculares, lesões da mucosa bucal, infecções por fungos e doenças periodontais (Silva, 2000; Rosa, 1993;

Coleman, 2002).

A presença de lesões de cárie cervical deve ser uma preocupação constante com o idoso. A distribuição de sua prevalência na cavidade oral é mais evidente nos molares inferiores, seguida dos dentes anteriores superiores e dos molares superiores. Os dentes anteriores inferiores apresentam a menor susceptibilidade de ocorrência de lesões de cárie cervicais. As faces vestibulares e interproximais são mais suscetíveis do que as faces palatinas ou linguais (FEJERSKOV et al., 1985). O desenvolvimento dessas lesões apresenta modelo multifatorial com uma série de variáveis associadas, como a presença de doenças crônicas, baixo fluxo salivar, deficiência de higienização, uso de medicamentos, entre outros (BECK et al., 1986).

Galan et al. (1995) estudaram 170 idosos no Canadá, acima de 65 anos, com média de idade de 82 anos. Os indivíduos apresentaram um CPOD de 25, um índice de cárie de raiz de 38%, CPITN de 3 ou 4 em pelo menos um sextante de cerca de 80% dos sujeitos e 41% eram edêntulos. A prática de higiene oral revelou que 7% escovavam menos que uma vez/dia; 60% não usavam fio dental e 14% limpavam as próteses totais menos que uma vez/dia.

Os estudos epidemiológicos em saúde bucal têm sido complementados freqüentemente com dados sobre condições sócio-econômicas, levando em consideração a importância da influência dessas nas doenças e condições de saúde, sendo consideradas como fatores determinantes de saúde e de acesso a serviços (Rosa et al, 1993; Meneghim et al, 2000).

De acordo com os resultados do Questionário Nacional de Saúde oral dos Trabalhadores Adultos e Sêniores Americanos (MARCUS & cols, 1994), o número médio de dentes remanescentes pode variar, consideravelmente, nos indivíduos idosos, segundo fatores tais como nível educacional, salário e nível sócio-econômico.

Gilbert et al., 2001, analisaram a incidência de cárie radicular e sua associação com fatores comportamentais e sócio-demográficos, num período inicial e após 24 meses. Foram selecionados 723 indivíduos de 45 anos ou mais, sendo realizado o exame clínico, no período inicial e após 24 meses e entrevista depois de decorridos 6 meses do exame inicial. Os pacientes foram separados em 4 grupos para a análise de regressão múltipla ao final do estudo: a) desenvolveram apenas cárie radicular; b) tiveram a raiz restaurada;

c) ambos; e d) nenhum. Os resultados mostram que os fatores comportamentais e sócio-demográficos foram determinantes para as variações dos grupos. Dos participantes, 36% tiveram uma superfície cariada ou restaurada; destes, 17% pertencem ao componente cariado, 14%, ao componente restaurado e, 5% ao grupo cariado/restaurado. Os autores concluem que a cárie radicular é um problema importante em saúde bucal.

Reforçando a idéia de que a saúde bucal é um problema social, na Alemanha encontramos um estudo demonstrando que o número de cavidades cariosas era 10 vezes maior em idosos institucionalizados de menor nível sócio-econômico do que em pessoas não institucionalizadas da mesma idade (STRUBING, W. & DEPPING, M, 1992). Nos EUA encontramos um percentual de 20-50% de adultos saudáveis com cáries radiculares, enquanto que entre idosos institucionalizados ou hospitalizados esse percentual subiu para além de 90% (Galand D. & Lynch, 1994).

Resultados obtidos por Rosa et al. (1992), estudando a população institucionalizada e não institucionalizada, com idade acima dos 60 anos, são mostrados na Tabela 1.

Tabela 1 - Número médio de dentes cariados, obturados, extraídos e com extração indicada no grupo etário de 60 anos ou mais, segundo o local de exame. São Paulo, 1989.

Local do Exame	Cariados		Obturados		Extraídos	Ext. Indic		Total CPO %
	C	%	O	%		EI	%	
Domicílio	0,65	2,2	0,76	2,6	27,14	0,48	1,7	29,03
					93,5			100,0
Instituição	0,29	0,9	0,20	0,7	29,76	0,72	2,3	30,97
					96,1			100,0

Fonte: Rosa et al., 1992.

Analisando os resultados, após exame de 236 pacientes, média de idade 73,5 anos, de ambos os sexos, de instituições e domicílios, da cidade de

São Paulo, utilizando-se o índice CPOD (Klein & Palmer, 1937), pode-se notar que o CPO foi 29,03 para os pacientes examinados no domicílio e 30,97 para aqueles que residiam em instituição. O componente extraído (E) foi responsável por 93,5% do CPO dos examinados nos domicílios e 96,1% do CPO dos examinados nas instituições. As necessidades de tratamento para os dois Grupos (C+EI) não chegam a 2 dentes em média.

Outros estudos demonstram ainda que os idosos institucionalizados possuem em média menos dentes naturais do que os idosos que vivem independentes (KITAMURA & cols, 1986).

A percepção em saúde bucal está associada aos aspectos físicos e subjetivos relacionados à boca, e é influenciada por fatores sociais e econômicos, pela idade, sexo e classe social do indivíduo (Silva SRC, 1999).

Para muitas patologias, a necessidade percebida depende das crenças e do conhecimento da pessoa afetada, e também dos critérios de valor atribuídos à saúde perdida. Assim, a avaliação da saúde por pessoas leigas difere da que é feita por profissionais, pois os conceitos de má saúde e de doença são determinados por valores culturais (Sheiham A, 2000).

Também a autopercepção da saúde bucal tem sido bastante pesquisada (Silva SRC, 1999; MacEntee MI, 1996; Wolf SMR, 1998; Unfer B et al, 2000; Miraschi C et al, 2000; Opas, 2003), sendo percebida de modo diferente por indivíduos, sociedades e gerações, mostrando a diversidade de experiências e valores dos idosos.

Lundgren et al. (1995) tiveram por objetivo do estudo descrever o estado dental, os problemas de saúde bucal e a utilização dos serviços de saúde. Foram examinadas 374 pessoas de 88 anos de idade. Os resultados mostraram que 46% dos sujeitos eram dentados. A dificuldade de boa higiene oral foi relatada por 10% da mostra. A utilização dos serviços dentários foi correlacionada com a autopercepção do estado dental, mostrando que a maior razão para não visitar o dentista era por “não perceber nada”.

Jitomirski & Jitomirski, 1997, discutem a necessidade da inversão da atenção para o paciente idoso, principalmente os dependentes, por meio da observação da repetição dos problemas de saúde bucal que deveriam ter sido resolvidos em consultas anteriores. A preocupação está relacionada ao fato de que com o avanço dos anos, o idoso apresenta desconforto e perda da

capacidade, não dando importância a certos sintomas que poderão mascarar ou levar a diagnósticos tardios de problemas de saúde bucal.

Silva (1999) avaliou a percepção da saúde bucal de 337 idosos, com 60 anos ou mais, independentes, de um centro de saúde de Araraquara/SP. Foram realizados exames clínicos e aplicado o índice de GOHAI. Os resultados mostraram que 40,4% eram desdentados. Em relação aos pacientes dentados, 42,7% desses consideraram sua condição como regular, sendo que, para 55,8% sua condição era boa. O estudo conclui que o fator percepção apresenta pouca influência nas condições clínicas e, por isso, seria muito importante o desenvolvimento de ações educativas e preventivas junto a essa população.

McMillan et al., 2003, tiveram por objetivo comparar o impacto da saúde oral na qualidade de vida, em pacientes idosos institucionalizados ou não, de Hong Kong. Foram selecionados 268 pacientes institucionalizados e 318 não institucionalizados, com idade entre 60 e 80 anos. Foi aplicado um questionário com informações sócio-econômicas OHIP (Oral Health Impact Profile) e exame oral. Os resultados mostram um grande número de pacientes institucionalizados edêntulos, 19%, além de serem os que menos recebem atenção em cuidados. Os principais fatores que afetaram o OHIP foram o local onde moram, nível sócio-econômico, tratamento e saúde bucal. Conclui-se que o impacto da saúde oral na qualidade de vida foi baixo e similar entre as populações institucionalizadas e não institucionalizadas, apesar dos padrões de saúde oral serem diferentes.

Rodrigues, 2005, avaliou a percepção das condições de saúde bucal de 184 idosos, de ambos os sexos, com idade acima de 60 anos, institucionalizados, funcionalmente independentes ou parcialmente dependentes de Piracicaba, Brasil. Foram aplicados questionários sobre as características sócio-demográficas e a saúde sistêmica. A autopercepção de saúde bucal foi avaliada com uso do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). O estado emocional da amostra foi avaliado pela Escala de Depressão Geriátrica. A autopercepção de saúde bucal da amostra foi baixa, com média do GOHAI de 28,03. Os fatores de risco para baixa percepção de saúde bucal foram ser solteiro e residir em habitação coletiva e as variáveis gênero, idade, renda, grau de instrução, autopercepção de saúde geral, frequência ao dentista e uso de prótese não influenciaram a autopercepção de

saúde bucal dos idosos.

Silva, 2003, verificou as condições de saúde bucal como prevalência de cárie dentária, uso e necessidade de próteses totais, número de dentes presentes e hígidos, bem como o edentulismo em indivíduos nestas populações. Estes dados foram coletados através de exame clínico. Foram também coletados dados subjetivos, com relação a autopercepção da saúde bucal, aplicando-se o índice GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index). O estudo constou de 3 amostras, uma de 101 indivíduos com idade entre 65 e 74 anos, onde foram verificadas as condições de saúde bucal (dados de 1998); outra de 112 indivíduos com mais de 60 anos, onde além das condições de saúde bucal (dados de 2003), sendo estas de moradores de Rio Claro- SP. E uma terceira, de 46 indivíduos com mais de 50 anos que procuravam por tratamento na clínica de Prótese Total da Faculdade de Odontologia de Piracicaba. (FOP) / UNICAMP, em que foi avaliada a percepção de saúde bucal (GOHAI) em 2002. A experiência de cárie foi alta, tanto em 1998 (31,09) como em 2003 (29,13), assim como a porcentagem de indivíduos edêntulos, 74,25% e 45,50%, respectivamente. Com os resultados, verificou-se que as condições de saúde bucal apresentam-se insatisfatória para este grupo etário, podendo ser evidenciada pelos dados clínicos, com um CPOD alto e grande número de indivíduos edêntulos. Apesar disso, a autopercepção foi altamente positiva.

Unfer, 2006, analisou as percepções de um grupo de idosos sobre a perda de dentes utilizando O Discurso do Sujeito Coletivo como técnica metodológica para a ordenação dos dados. Os principais resultados sugerem que a falta de dentes trouxe problemas funcionais e psicológicos, mas que parecem ser compensados pela resolução do problema estético.

Silva & Valsecki Jr (2000) afirmam que os programas dirigidos a esse grupo populacional são raros e as poucas pesquisas epidemiológicas realizadas mostram uma situação preocupante, pois, sem renda para a utilização de serviços privados e sem prioridade nos serviços públicos, os idosos apresentam grande quantidade de problemas bucais, como dentes extraídos, doenças periodontais, lesões de mucosa bucal e necessidade de próteses.

A perda total de dentes (edentulismo) ainda é aceita pela sociedade

como algo normal e natural com o avanço da idade, e não como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde, destinadas principalmente à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas (Rosa et al., 1992; Colussi e Freitas, 2002; Pucca Jr16, 2002).

Pesquisa do Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (Nespe), do Ministério da Saúde, aponta que 73% dos idosos brasileiros dependem exclusivamente do sistema público de saúde. Considerando que os investimentos direcionados a essa área são historicamente insuficientes e os baixos rendimentos desses idosos para sua sobrevivência, configura-se uma situação de alta complexidade (Xavier J., 2004).

Acrescenta-se ainda a dificuldade de acesso dos idosos aos serviços de saúde, em função da pobreza material de um largo percentual desse grupo, revelada por aspectos que vão desde a falta de condução para ir ao posto de saúde até a falta de dinheiro para comprar as medicações prescritas (Moreira et al, 2004).

Porém, visto que o contingente desses idosos vem crescendo no Brasil nas últimas décadas, o interesse da odontologia sobre esse grupo populacional deverá aumentar, obrigando os profissionais e serviços de saúde a estarem preparados para o trabalho com essas pessoas.

Segundo Rosa et al. (1992), a odontologia, nesse contexto, tem o papel de manter as pessoas em condições de saúde bucal que não comprometam a alimentação normal, nem criem repercussões negativas sobre a saúde geral e sobre o estado psicológico do indivíduo.

A obtenção de dados epidemiológicos é importante, pois esses quantificam as condições de saúde bucal dos indivíduos, além de serem usados no planejamento, organização e monitoramento dos serviços de saúde prestados (Colussi CF et al, 2002). Entretanto, baseiam-se em índices que fornecem dados quantitativos, levando em conta apenas a visão do profissional. Atualmente, além da obtenção dos dados quantitativos, a tendência é que também sejam obtidos dados qualitativos, através da autopercepção, na qual o próprio indivíduo percebe suas condições de saúde bucal e as necessidades de tratamento (Rosa AGF et al, 1992; Ettinger RL, 1993).

A maioria dos estudos que avaliam mudanças no estado de saúde bucal

de indivíduos e populações tem sido baseada em indicadores clínicos da doença, existindo relativamente poucas avaliações relativas à sua saúde e bem-estar a partir da percepção do indivíduo (Slade GD et al, 1993).

Porém, a odontologia continua empregando, quase que exclusivamente, índices biológicos na avaliação e determinação das necessidades de tratamento e apreciação de programas de saúde bucal. O índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) e o índice periodontal comunitário (IPC) são recomendados pela OMS (1999) para a avaliação das duas patologias bucais mais prevalentes: a cárie e a doença periodontal. Uma das limitações desses índices é o fato de não considerarem a percepção subjetiva do indivíduo em relação à saúde bucal e de não avaliarem a maneira como a saúde bucal afeta a vida diária (Locker D, 1989). Contudo, instrumentos de aferição capazes de englobar os aspectos psicológicos e sociais, por intermédio da autopercepção e do levantamento dos impactos causados na qualidade de vida, têm sido desenvolvidos e validados por diversos autores (Locker D.,1989; Adulyanon S et al,1997; Cushing AM et al, 1986; Sheiham A,2000; Srisilapanan P et al, 2001).

Os indicadores sócio-dentais conseguem mensurar o grau em que as doenças bucais interferem no funcionamento normal e desejável do indivíduo, desde os aspectos funcionais (como, por exemplo, comer), os psicológicos (como humor, irritação) até os sociais (como freqüentar a escola, trabalhar, desempenhar obrigações familiares).

O uso de indicadores sócio-dentais, baseados na autopercepção e nos impactos odontológicos, oferece vantagens importantes para o planejamento e provisão dos serviços odontológicos, e a principal é a mudança na ênfase de aspectos puramente biológicos para aspectos psicológicos e sociais (Sheiham A., 2000).

O *Oral Impacts on Daily Performances* – OIDP (Adulyanon S. et al, 1997) é um indicador sócio-dental baseado conceitualmente no *International Classification*.

of Impairments, Disabilities and Handicap (OMS,1980), modificado por Locker para o seu uso em odontologia. Mediante a avaliação da freqüência e da severidade dos impactos que afetam o desempenho diário dos indivíduos, o OIDP fornece um escore de impacto individual (Adulyanon S. et al, 1997). A

classificação da severidade dá um peso à importância relativa do impacto odontológico percebido pelo Indivíduo (Sheiham A., 2000). Além dos aspectos já mencionados, também são questionados os problemas bucais e os sintomas percebidos pelos sujeitos como causadores de impacto, a fim de relacioná-lo à condição clínica, o que torna o OIDP mais consistente para ser utilizado na avaliação das necessidades de tratamento (Adulyanon S. et al, 1997).

O IODD consiste de um questionário baseado em 8 critérios que medem o impacto das condições bucais no desempenho diário das pessoas observando aspectos funcionais, sociais e psicológicos, tais como presença de dor, sangramento gengival, desconforto durante a alimentação, constrangimento para sorrir em público, fragilidade para desempenhar a função social, entre outros; nos últimos 06 meses ao período proposto para entrevista, medindo a frequência na qual estes efeitos ocorrem nos indivíduos e o peso destes eventos atribuídos pelo paciente entrevistado (Adulyanon et al., 1996).

O resultado é calculado pela soma total dos valores provenientes da multiplicação da frequência e da severidade de cada um dos 8 critérios analisados, divididos pelo número máximo possível dos resultados, multiplicado por 100 (Gomes & Abegg, 2007).

Este índice tem por objetivo complementar as medidas clínicas de mensuração das demandas de saúde bucal relacionadas com a qualidade de vida (Slade et al, 1998), que adotam critérios puramente biológicos, considerando também aspectos culturais e sociais existentes entre diferentes culturas.

No entanto, a maioria dos estudos que avaliam mudanças no estado de saúde bucal de indivíduos e populações tem sido baseada em indicadores clínicos da doença, existindo relativamente poucas avaliações relativas à sua saúde e bem-estar a partir da percepção do indivíduo (Locker D, et al, 1997).

Apesar do exposto anteriormente, é crescente o interesse em estudar a influência da condição dos dentes na qualidade de vida dos indivíduos, não somente relacionados com as consequências físicas, mas incluindo também as sociais e psicológicas (psicossociais) (Locker D, et al, 1995). Estas avaliações, realizadas através da autopercepção, fornecem informações diferentes das obtidas pela avaliação clínica, realizada pelo profissional (Kressin NR, et al, 1997) (Reisine ST, 1988).

PROPOSIÇÃO

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar o Índice Impacto Odontológico no Desempenho Diário (IODD), observando aspectos funcionais, sociais e psicológicos, tais como presença de dor, sangramento gengival, desconforto durante a alimentação, constrangimento para sorrir em público, fragilidade para desempenhar a função social, entre outros.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, observacional, realizado na cidade de Piracicaba, especificamente na instituição Lar Betel, a qual dispõe de um universo de 87 idosos. A amostra foi de 83 indivíduos de faixa etária entre 60 e 99 anos, baseada no consentimento em participar do estudo, através da aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido assinado por eles.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Odontologia de Piracicaba sob o número de protocolo 123/2008 no dia 15/10/2008.

Foram incluídos no estudo os idosos com idade igual ou superior a 60 anos. Já os que não apresentaram condições cognitivas para responder ao questionário foram excluídos.

O exame epidemiológico foi realizado sob iluminação natural, com o uso de espelhos bucais planos, espátulas de madeira, gaze e sondas periodontais CPI, como preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O examinador se posicionou em frente ao voluntário, e o anotador, ao lado, ambos sentados em cadeiras.

As variáveis idade, sexo, escolaridade, renda mensal em salários e religião, constituíram as características sócio-demográficas. O eixo condição bucal foi definido pelas variáveis: condição coronária para cárie dentária (CPO-D), condição periodontal pelo índice periodontal comunitário (CPI) e pelo índice de perda de inserção (IPI), além do uso e necessidade de próteses dentárias, todas segundo os critérios recomendados pela OMS em 1999. Os agravos

periodontais foram coletados separadamente permitindo a análise, em particular, do sangramento gengival (presente, ausente), bolsa periodontal (presente, ausente), cálculo supra gengival (presente, ausente) perda de inserção (presente, ausente) (Lacerda JT et al, 2006).

Para determinar o impacto na qualidade de vida destes indivíduos, foi aplicado o questionário relacionado ao índice IODD (Impacto Odontológico no Desempenho Diário).

O IODD originalmente contava com nove desempenhos para serem avaliados. Todavia, constatou-se que a avaliação do desempenho *desenvolver uma atividade física* estava redundante com a questão *desempenhar o trabalho principal ou o papel social*. Sendo assim, *desempenhar uma atividade física ou trabalho doméstico* foi removido da versão final do índice, passando este a ser denominado por alguns autores de IODD modificado (Sheiham A et al, 2001). Neste estudo será utilizada a nova versão, composta por oito desempenhos.

Tabela 1. Critérios adotados pelo IODD e suas respectivas frequências e pesos.

Desempenho diário	Pessoas Afetadas	Frequência	Severidade
1- Comer e apreciar a comida	N	1-5	0-5
2- Falar e pronunciar com clareza	N	1-5	0-5
3- Higienizar os dentes	N	1-5	0-5
4- Dormir e relaxar	N	1-5	0-5
5- Sorrir, dar risada, mostrar os dentes, sem ficar envergonhado.	N	1-5	0-5
6- Manter um estado emocional equilibrado sem ficar irritado	N	1-5	0-5
7- Desempenhar o trabalho principal ou o papel social	N	1-5	0-5
8 – Gostar de ter contato com as pessoas	N	1-5	0-5
Total			

Fonte: Gomes AS, et al, 2007.

De acordo com o índice acima citado, foram adotados os seguintes critérios, conforme demonstra a tabela 01, com sua respectiva frequência e graus de severidade relatados pelo entrevistado.

Os desempenhos afetados são classificados de acordo com a frequência de impacto através do seguinte padrão: 1 - menos de uma vez ao mês; 2 - uma ou duas vezes ao mês; 3 - uma ou duas vezes por semana, ou intervalo de até 3 meses no total; 4 - três ou quatro vezes por semana, ou intervalo de até 3 meses no total; 5 - todo ou quase todo dia, ou intervalo de mais de 3 meses no total (Gomes & Abegg, 2007).

Os desempenhos afetados também são classificados de acordo com o grau de severidade atribuído pelo indivíduo: 0 - nenhuma gravidade; 1 - muito pouco grave; 2 - pouco grave; 3 - gravidade moderada; 4 - muito grave; 5 - extremamente grave (Gomes & Abegg, 2007).

Então, os dados obtidos foram passados em uma ficha clínica, a fim de serem transferidos para o Excel e tabulados no Microsoft Word.

Para calcular o impacto total multiplicou-se a frequência pela severidade, e para o total do paciente somaram-se todas as classificações e dividiu-se pelo maior escore possível que é 200, em seguida multiplicou-se por 100 para se obter o valor percentual do IODD do paciente.

A variável dependente, grau de interferência da condição bucal no desempenho diário, determinada pelo índice Impacto Odontológico no Desempenho Diário (IODD), foi dicotomizada em baixa ($\text{IODD} < 3$) e alta interferência ($\text{IODD} = 10,0$). O valor médio do IODD na amostra e a mediana do IODD entre os indivíduos que referirem alguma interferência definiram os pontos de corte dos grupos de baixa e de alta interferência, respectivamente (Lacerda JT et al, 2006).

Para análise e inclusão no modelo, algumas variáveis foram categorizadas: escolaridade (1º grau incompleto/1º grau completo), renda mensal (acima de 2 salários mínimos, até 2 salários mínimos), componente cariado do CPO-D (nenhum e maior ou igual a 3 dentes), componente perdido do CPO-D (maior que quatro dentes, menor ou igual a quatro dentes), uso de prótese (sim, não) e necessidade de prótese (sim, não) (Lacerda JT et al, 2006).

A estatística-teste de qui-quadrado foi usada na análise da associação

seguida da estimativa da odds ratio (OR) e respectivos IC95%. Na análise dos fatores de determinação para a gravidade da interferência, foram utilizados modelos de regressão logística múltipla, não condicional hierarquizada (Hosmer DM et al,1989).

O cálculo da consistência e confiabilidade dos dados foi feito utilizando-se o coeficiente alfa de Cronbach.

RESULTADOS

Tabela 1. Média, máximo, mínimo e desvio padrão do CPOD segundo a idade.

IDADE	N	CPOD			
		MÉDIA	MÁXIMO	MÍNIMO	DESVIO PADRÃO
60	2	27,00	32,00	22,00	8,06
62	1	32,00	32,00	32,00	-
63	5	27,80	32,00	15,00	8,73
64	2	30,00	32,00	28,00	2,83
65	2	32,00	32,00	32,00	0,00
66	3	29,00	32,00	23,00	6,36
67	1	20,00	20,00	20,00	-
69	1	32,00	32,00	32,00	-
70	5	27,80	32,00	19,00	6,02
71	5	24,40	32,00	16,00	7,57
72	2	32,00	32,00	32,00	0,00
73	3	27,00	29,00	26,00	6,36
74	2	31,00	32,00	30,00	1,41
75	1	32,00	32,00	32,00	-
76	2	30,00	32,00	28,00	4,00
77	5	25,20	32,00	21,00	4,44
78	5	31,00	32,00	27,00	2,24
79	2	24,00	32,00	16,00	11,31
80	7	30,86	32,00	24,00	3,02

82	3	30,33	32,00	27,00	2,89
83	3	31,33	32,00	30,00	1,15
84	6	30,67	32,00	24,00	3,27
85	3	29,00	32,00	23,00	5,20
86	2	32,00	32,00	32,00	0,00
87	3	32,00	32,00	32,00	0,00
88	4	32,00	32,00	32,00	0,00
89	1	26,00	26,00	26,00	-
91	1	32,00	32,00	32,00	-
94	1	31,00	31,00	31,00	-

Foram analisados idosos institucionalizados de idade entre 60 e 94 anos, prevalecendo a idade de 80 anos, seguido das idades de 84, 78, 77, 71,70 e 63. Os 7 idosos de 80 anos apresentaram média do CPOD de 30,86, ou seja, essa parcela de indivíduos se caracterizou por um elevado número de dentes cariados, perdidos e obturados. Nesta mesma parcela a máxima do CPOD foi de 32 (todos os dentes perdidos) e o mínimo foi de 24. O desvio padrão foi de 3,02.

Tabela 2. Média, máximo, mínimo e desvio padrão do CPOD segundo o gênero.

GÊNERO	N	CPOD			
		MÉDIA	MÁXIMO	MÍNIMO	DESVIO PADRÃO
F	44	29,82	32,00	16,00	4,13
M	39	28,56	32,00	15,00	5,03
TOTAL GERAL	83	24,26	32,00	15,00	11,8

Foram analisados 44 idosos do gênero feminino, e, para esta parcela, a média do CPOD foi de 29,82, sendo que o máximo foi de 32 e o mínimo de 16. O desvio padrão foi de apenas 4,13. Já os idosos do gênero masculino apresentaram média do CPOD de 28,56, sendo que o máximo foi também de

32 e o mínimo de 15. O desvio padrão foi de apenas 5,03.

Tabela 3. Média, máximo, mínimo e desvio padrão do CPOD segundo a escolaridade.

ESCOLARIDADE	N	CPOD			
		MÉDIA	MÁXIMO	MÍNIMO	DESVIO PADRÃO
NÃO ESTUDOU	12	28,3	32,00	15,00	5,51
1º GRAU INCOMPLETO	52	29,5	32,00	17,00	3,90
1º GRAU COMPLETO	19	28,7	32,00	16,00	5,75
TOTAL GERAL	83	24,2	32,00	15,00	11,79

Foram analisados 12 idosos que afirmaram não ter estudado. Para esta parcela a média do CPOD foi de 28,333, sendo que o máximo foi de 32 e o mínimo de 15; o desvio padrão foi de 5,51. Os idosos que cursaram o 1º grau de forma incompleta tiveram média do CPOD de 29,59, sendo que o máximo foi de 32 e o mínimo de 17; desvio padrão de 3,90. Já os idosos com 1º grau completo apresentaram média do CPOD de 28,78, com máxima de 32 e mínimo de 16; desvio padrão de 5,75. Portanto, não houve diferença significativa do CPOD quanto ao grau de escolaridade dos idosos institucionalizados.

Tabela 4. Média, máximo, mínimo e desvio padrão do CPOD segundo a religião.

RELIGIÃO	N	CPOD			
		MÉDIA	MÁXIMO	MÍNIMO	DESVIO PADRÃO
CATÓLICA	68	29,2	32,00	15,00	4,57
ESPÍRITA	1	29	29,00	29,00	-

EVANGÉLICO	14	29,2	32,00	16,00	4,99
TOTAL GERAL	83	24,2	32,00	15,00	4,23

Os idosos foram também analisados quanto à religião. Dos 83 idosos pesquisados, 68 afirmaram ser católicos, apresentando média do CPOD de 29,22, sendo o máximo de 32 e o mínimo de 15; desvio padrão de 4,57. Apenas 1 idoso segue a religião espírita, apresentando média do CPOD de 29. Já os 14 idosos evangélicos apresentaram média do CPOD de 29,28, sendo o máximo de 32 e o mínimo de 16; desvio padrão de 4,99. Conclui-se que não houve diferença significativa do CPOD em relação a religião dos idosos institucionalizados.

Tabela 5. Média, Máximo, mínimo e desvio padrão do CPOD segundo a renda.

RENDA	N	CPOD			
		MÉDIA	MÁXIMO	MÍNIMO	DESVIO PADRÃO
ACIMA DE 2 SALÁRIOS	6	27,5	32,00	20,00	5,28
ATÉ 2 SALÁRIOS	77	29,3	32,00	15,00	4,54
TOTAL GERAL	83	24,2	32,00	15,00	11,71

Apenas 6 idosos apresentam renda mensal acima de 2 salários mínimos. Nesta parcela a média do CPOD foi de 27,5, sendo o máximo de 32 e o mínimo de 20. Já os idosos com renda mensal de até 2 salários mínimos, apresentaram média do CPOD de 29,36, sendo o máximo de 32 e o mínimo de 15.

Tabela 6. Número e porcentagem de idosos institucionalizados segundo o desempenho diário afetado com as suas respectivas frequências e severidades.

Desempenho diário	N	%	Freq_med	Freq_mod	Sev_med	Sev_mod
Comer e apreciar a comida	22	27%	5	5	5	5
Falar e pronunciar	12	14%	5	5	3	3
Higienizar os dentes	3	4%	5	5	5	5
Dormir e relaxar	4	5%	3,5	2	3,5	2
Sorrir	8	10%	5	5	4,5	5
Manter estado emocional equilibrado	14	17%	3	5	3	3
Desempenhar a função social	0	0%	.	.	.	.
Gostar de ter contato com as pessoas	3	4%	5	5	5	5

O desempenho diário mais afetado foi o ato de comer e apreciar a comida (22 idosos), seguido dos desempenhos manter um estado emocional equilibrado (14), falar e pronunciar as palavras com clareza(12) e sorrir(8). Estes prejuízos nas atividades diárias se deve provavelmente às péssimas condições bucais com elevada perda de dentes e falta de reabilitação protética.

DISCUSSÃO

Neste presente estudo foram analisadas as condições bucais de 83 idosos institucionalizados. Do total de participantes, a média de CPOD foi de 24,26, revelando as péssimas condições bucais em que os idosos brasileiros se encontram; como já havia sido apresentado pelo Ministério da Saúde (SB Brasil, 2003) em que a média de CPOD de indivíduos da faixa etária entre 65,74 foi de 28,6.

Outros estudos demonstram ainda que os idosos institucionalizados

possuem em média menos dentes naturais do que os idosos que vivem independentes(KITAMURA & cols,1986).

Os dados clínicos foram relacionados com características sócio demográficas e culturais, tais como: gênero, escolaridade, renda e religião. Contudo, não houve diferença significativa do CPOD em nenhuma delas.

O objetivo principal do estudo foi avaliar o Impacto Odontológico no Desempenho Diário dos idosos institucionalizados e observou-se que apenas 35% dos indivíduos entrevistados tinham pelo menos um dos desempenhos afetados, sendo que a maioria deles encontrava-se satisfeitos e conformados com a situação oral.

A perda total de dentes (edentulismo) ainda é aceita pela sociedade como algo normal e natural com o avanço da idade (Rosa et al., 1992; Colussi e Freitas, 2002; Pucca Jr16, 2002).

O desempenho diário mais afetado neste estudo foi o desempenho físico comer e apreciar a comida, resultado também verificado por Masalu JR,2003; Sheiham A,2001 e Srisilapanan A,2001.Em relação à frequência diária de impacto, observou-se que a mais comum foi todos ou quase todos os dias para todos os desempenhos, com exceção do desempenho exercer a função social, o qual não é considerado afetado por nenhum dos idosos questionados.Em relação à severidade, verificou-se que os desempenhos comer e apreciar a comida, higienizar os dentes e gostar de ter contato com as pessoas foram classificados em extremamente grave. Outros estudos encontraram frequência e gravidade dos impactos mais baixos (Adulyanon S, 1996; Masalu JR, 2003 e Srisilapanan P, 2001. Constatou-se que a alta frequência e severidade dos impactos estão relacionadas com o desconforto e insatisfação devido á falta de muitos dentes ou todos eles; e pela ausência de reabilitação protética, assim como a falta de acompanhamento das próteses que com o tempo tornam-se desadaptadas.

O uso de indicadores sócio-dentais, baseados nos impactos odontológicos, oferece vantagens para o planejamento e provisão dos serviços odontológicos, e a principal é a mudança na ênfase de aspectos puramente biológicos para aspectos psicológicos e sociais (Sheiham A., 2000).

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que: do total de participantes, 35% tiveram pelo menos um desempenho diário afetado por problemas odontológicos nos últimos 6 meses; o mais prejudicado foi o ato de comer e apreciar a comida (27%), seguido por manter um estado emocional equilibrado sem ficar irritado(17%) e falar, pronunciar com clareza(14%) revelando um impacto odontológico expressivo no cotidiano de idosos institucionalizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adulyanon S, Sheiham A. Oral impacts on Daisy performances. In: Slade GD, editor. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: School of Dentistry, University of North Carolina; 1997. p. 151-60.
2. Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24:385-9.
3. Astrom, A.N.; Okullo, I. Validity and Reliability of the oral impacts on daily performance (IODP) frequency scale: a cross-sectional study of adolescents in Uganda. *BMC Oral Health* 2003 (3): 01-09.
4. BECK, J. D.; et al. Root caries: physical, medical and psychosocial correlates in an elderly population. *Gerodontology*, v. 03, p. 242-247, 1986.
5. Brasil. *Constituição*: República Federativa do Brasil. Título VIII, Da ordem social. Seção II, Da saúde. Art. 193. Brasília; 1988.
6. Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional dos Direitos Humanos. *Programa Nacional dos Direitos Humanos. Política Nacional do Idoso. Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Brasília: MJ; 1998.
7. Brasil. Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Bucal. *Relatório final*. Brasília: MS; 1986.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
9. Coleman P. Improving Oral HealthCare for the frail elderly: a review of widespread problems and best practices. *Geriatr Nurs (Minneap)*. 2002; 23: 189-97.

10. Colussi CF, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(5): 1313-20.
11. Cushing AM, Sheiham A, Maizels J. Developing socio-dental indicators-the social impact of dental disease. *Community Dent Health* 1986; 3:3-17.
12. Dolan TA. Identification of appropriate outcomes for an aging population. *Spec Care Dentist* 1993; 13:35-9.
13. Ettinger RL. Oral health needs of the elderly – na international review. *Int Dental Journal* 1993; 43(4): 348-54.
14. Fédération Dentaire Internationale. Oral needs of the elderly. Commission on Oral Health. FDI Research and Epidemiology Working Group 5. Amsterdam; 1987.
15. Fédération Dentaire Internationale. World Health Organization. Global goals for oral health in the year 2000. *Int Dent J* 1982; 32:74-7.
16. FEJERSKOV, O.; et al. Root surface caries in a population of elderly Danes. *J. Dent Res*, v. 64, p. 187, 1985.
17. FERNANDES, R. A. C.; SILVA, S. R. C.; WATANABE, M. G. C.; PEREIRA, A. C. & MARTILDES, M. L. R., 1997. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos que demandam um Centro de Saúde. *Revista Brasileira de Odontologia*, 54:107-110.
18. FRARE, S. M.; LIMAS, P. A.; ALBARELLO, F. J.; PEDOT, G. & RÉGIO, R. A. S., 1997. Terceira idade: Quais os problemas bucais existentes? *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas*, 51:573- 576.
19. GALAN, D., BRECX, M., HEATH, M.R. Oral health status of a population of community-dwelling older Canadians. *Gerodontology*, v.12, n.1, p.41-8, 1995.
20. Galand, D. & Lynch, E.- Prevention of root caries in older adults- *Journal of the Canada Dental Association* 60(5): 422-424, 1994.
21. GILBERT, G.H.; DUNCAN, R.P.; DOLAN, T.A.;FORESTER, U. Twenty-four month incidence of root caries among a diverse group of adults. *Caries Res.*; v.35; n.5; p.:366-75; 2001.
22. Gomes, A.S.; Abegg, C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2007; 23(7): 1707-1714.

23. Hosmer DM, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: John Wiley; 1989.
24. JITOMIRSKI, F.; JITOMIRSKI, S. *O que os cuidadores de idosos precisam saber sobre a saúde bucal*; s.n.; 16 p.; 1997. Mimeo
25. JOHNSON, E.S. Selected dental finding in adults by age, race and sex. United State, 1960-62. Vital Health Sta. Ser. 11,(7):57-68, 1965.
26. Kitamura, M. & cols- Predictors of root caries in the elderly- Community Dent Oral Epidemiol 14:34-8, 1986.
27. Kressin NR, Atchison KA, Miller DR. Comparing the impact of oral disease in two populations of older adults: application of the Geriatric Oral Health Assessment Index. J Public Health Dent 1997; 57:224-32.
28. Lacerda JT, Castilho EA, Calvo MCM, Freitas SFT. Saúde bucal e o desempenho diário de adultos em Chapecó, Santa Catarina, Brasil. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008..
29. Lima-Costa MF, Veras R. Aging and public health. Cad Saude Publica, v. 19, n. 3, p. 701, 2003
30. Locker D. Measuring oral health: socio-dental indicators. In: Locker D, editor. An introduction to behavioral science & dentistry. New York/London: Routledge; 1989. p. 73-101.
31. Locker, D. Measuring oral health: a conceptual framework. Community Dent Health 1998, 5 3-18.
32. Locker D, Jokovic A. Three-year changes in self-perceived oral health status in an older Canadian population. J Dent Res 1997; 76:1292-7.
33. Locker D. Health outcomes of oral disorders. Int J Epidemiol 1995
34. Locker D, Matear D, Stephens M, et al. Comparison of the GOHAI and OHIP – 14 as measures of the oral health- related quality of life of the elderly. Community Dent Oral Epidemiol. 2001;29:373-81.
35. LUNDGREN, M., OSTERBERG, T., EMILSON, G., STEEN, B. Oral complaints and utilization of dental services in relation to general health factors in a 88 year old Swedish population. *Gerodontology*, v.12, n.12, p.81-8, 1995.
36. MacEntee MI. Measuring the impact of oral Walt in old age: a qualitative reaction to some quantitative views. *Gerontology* 1996; 13(2):76-81.
37. Machado FR. *Saúde bucal do idoso: aspectos epidemiológicos*

- [monografia]. Goiânia (GO): Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás; 2001.
38. Masalu, J.R.; Astrom, A.N. Applicability of an abbreviated version of the oral impacts on daily performance (OIDP) scale for use among Tanzanian students. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31: 07-14.
 39. McMILLAN, A.S.; WONG, M.C.; LO, E.C.; ALLEN, P.F. The impact of oral disease among the institutionalized and non-institutionalized elderly in Hong Kong. *J. Oral Rehabil.*; v.30; n.1; p.:46-54; 2003.
 40. Meneghim MC, Saliba NA. Condições de saúde bucal da população idosa de Piracicaba-SP:1998. *RPG Rev Pós Grad* 2000; 7: 7-13.
 41. Miraschi C, Lamadrid SS. Conocimientos, creencias y conductas en salud oral en adultos mayores de nivel socioeconómico bajo. Zona norte de Santiago. *Cuad Med Soc* 2000; 41(3):5-13.
 42. Moreira TP, Nuto SAS, Nations MK. Confrontação cultural entre cirurgiões-dentistas e a experiência de usuários de baixa renda em Fortaleza, Ceará. *Saúde em Debate* 2004; 28(66):58-67.
 43. MORIGUCHI, Y., 1992. Aspectos geriátricos no atendimento odontológico. *Odontólogo Moderno*, 19:11-13.
 44. Nutbeam D. Health promotion glossary. In: PAHO, organizador. *Health promotion: an anthology*. Washington: Pan American Health Organization; 1996.
 45. Organização Mundial da Saúde. Levantamentos Básicos em Saúde Bucal. 4 ed. São Paulo: Editora Santos; 1999.
 46. Organização Pan-Americana de Saúde. *O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Opas; 2003.
 47. PARAJARA, F. & GUZZO, F., 2000. Sim, é possível envelhecer saudável! *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas*, 54:91-99.
 48. PUCCA JR., G. A. A saúde bucal do idoso - Aspectos demográficos e epidemiológicos Artigo publicado no *Odontologia.com.br* em 1 de Abril de 2002, disponível na Internet.
 49. Reisine ST. The impact of dental conditions on social functioning and the quality of life. *Ann Rev Public Health* 1988; 9:1-19.
 50. RODRIGUES, C.K. Autopercepção de saúde bucal em idosos. Tese de Mestrado. Fac. De Odontologia de Piracicaba. UNICAMP. Piracicaba, 54 p.:

2005.

51. Rosa AGF, Castellanos RA, Pinto VG. Saúde Bucal na Terceira Idade:um diagnóstico epidemiológico. RGO 1993; 41(2): 97-102.
52. Rosa AGF, Fernandez RAC, Pinto VG, Ramos LR. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). Rev Saúde Pública 1992; 26(3): 155-60.
53. Sheiham.A A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: Pinto, VG. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Editora Santos; 2000. p. 223-50.
54. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Tsakos G, Finch S, Walls AW.Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. Community Dent Oral Epidemiol 2001;29:195-203.
55. Silva SRC. *Autopercepção das condições de saúde bucal em pessoas com 60 anos e mais de idade* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1999.
56. Silva SRC, Valsecki Júnior A. Avaliação da condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. Rev. Panam Salud Pública.2000;8:268-71.
57. SILVA, D.D. Aspectos epidemiológicos e de autopercepção da saúde bucal em idosos. Tese de Mestrado. Fac. De Odontologia de Piracicaba. UNICAMP. Piracicaba, 86 p.: 2003.
58. Silva DD, Souza MLR, Wada RS. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2004; 20:626-31.
59. Slade GD, Spencer AJ, Gorkic E, Andrews G. Oral Walt status and treatment needs of non-institutionalized persons aged 60+ in Adelaide, South Australia. AustDent Journal 1993; 38(5): 373-80.
60. Slade, G.D.; Strauss, R.P.; Atchison, K.A.; Kressin, N.R.; Locker, D.; Reisine, S.T. Conference summary: assessing oral health outcomes – measuring health status and quality of life. Community Dent Health 1998; 15(1): 03-07.
61. Srisilapanan P, Sheiham A. Assessing the difference between sociodental and normative approaches to assessing prosthetic dental treatment needs in

- dentate older people. *Gerodontology* 2001; 18:25-34.
62. Steele JG, Sanders AE, Slade GD, et al. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004;32: 107-14.
 63. Strubig, W. & Depping, M.- Coronal caries and restorations in an elderly population in Germany- *Community Dent Oral Epidem.* 20:235-8, 1992.
 64. The Whoqol Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives.* Heidelberg: Springer; 1994. p. 41-60.
 65. Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa. MFF. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: Minayo MCS, Coimbra CEA, organizadores. *Antropologia, saúde e envelhecimento.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 25-35
 66. Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(2):190-95.
 67. UNFER, B. Autopercepção da perda de dentes em idosos. *Interface (Botucatu)*, vol.10, n.19, p.217-226, 2006.
 68. Wolf SMR. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. *Rev APCD* 1998; 52(4): 307-16.1. World Health Organization/Food and Agriculture Organization of the United Nations. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization; 2003. (WHO Technical Report Series, 916).
 69. World Health Organization. International classification of impairments, disabilities and handicaps. Geneva: World Health Organization; 1980.
 70. World Health Organization/Food and Agriculture Organization of the United Nations. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization; 2003. (WHO Technical Report Series, 916).
 71. Yewe-Dyer M. The definition of oral health. *Br Dent J* 1993; 174:224-5.
- Xavier J.

ANEXOS



**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 **"Impacto odontológico no desempenho diário de idosos institucionalizados do município de Piracicaba, São Paulo, Brasil"**, protocolo nº 123/2008, dos pesquisadores Marcelo de Castro Meneghim e Hellen de Mari Avallone, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 15/10/2008.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project **"Oral Impacts on daily performance in institutionalized elderly in the municipality of Piracicaba, São Paulo, Brazil"**, register number 123/2008, of Marcelo de Castro Meneghim and Hellen de Mari Avallone, 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 10/15/2008.

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.