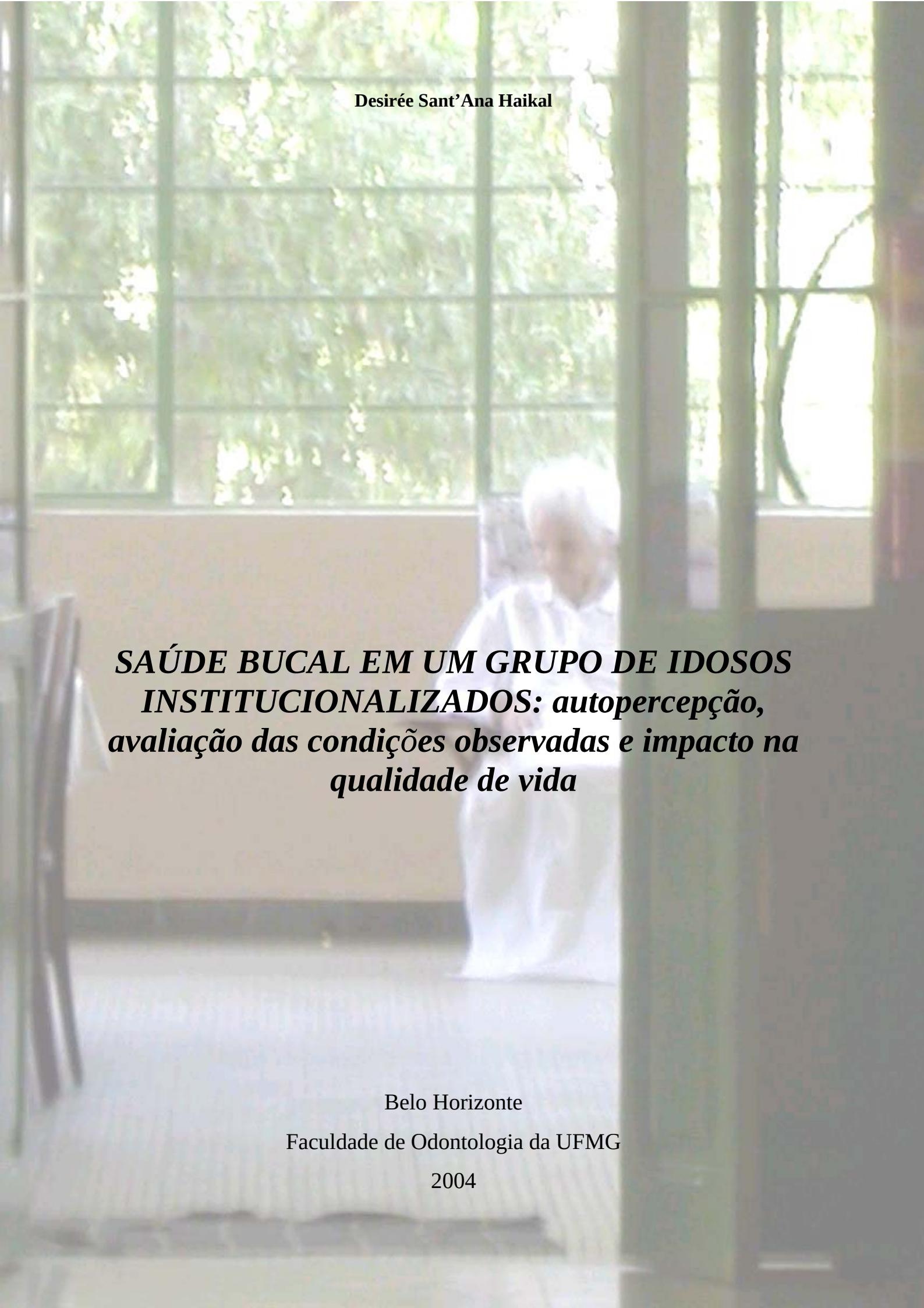




Desirée Sant'Ana Haikal

***SAÚDE BUCAL EM UM GRUPO DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS: autopercepção,
avaliação das condições observadas e impacto na
qualidade de vida***

Belo Horizonte

Faculdade de Odontologia da UFMG

2004

Desirée Sant’Ana Haikal

***SAÚDE BUCAL EM UM GRUPO DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS: autopercepção,
avaliação das condições observadas e impacto
na qualidade de vida***

Belo Horizonte

Faculdade de Odontologia da UFMG

2004

Desirée Sant’Ana Haikal

***SAÚDE BUCAL EM UM GRUPO DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS: autopercepção,
avaliação das condições observadas e impacto
na qualidade de vida***

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontologia.
Área de Concentração em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira
**Co-orientador: Prof. Dr. Allyson
Nogueira Moreira.**

Belo Horizonte

Faculdade de Odontologia da UFMG

2004

FOLHA DE APROVAÇÃO

DEDICATÓRIA

À toda população de terceira idade, na esperança de contribuir para um envelhecimento digno, pleno e consciente de nossa população.

À todos aqueles que acreditam que a vida merece respeito e que lutam por dias melhores e mais justos.

AGRADECIMENTOS

À Deus,

Por mais esta etapa vencida em minha vida.

À UFMG,

Por oferecer-me a oportunidade de um ensino público, gratuito e de muita qualidade.

Aos residentes do Recanto,

Motivação deste trabalho, com quem tanto aprendi na convivência, muito mais do que poderia ser escrito. Por terem tornado tudo muito prazeroso. Pelas reflexões que me induziram. Levo comigo a imagem de cada um, seus sorrisos, suas falas e a certeza do compromisso que tenho.

Ao Sr. Wellerson, Dr. Fernando e toda a equipe de funcionários do Recanto,

Por terem me permitido fazer parte dessa grande família que batalha diariamente pelo bem dos idosos. Pelo apoio e essencial ajuda, sem a qual não seria possível a realização deste trabalho.

À minha querida orientadora, professora Efigênia,

Por ter sido a luz durante toda a trajetória. Pelo exemplo, amizade, apoio, confiança e carinho quase maternal. É muito estimulante e recompensador estar e trabalhar com alguém que, com tanta naturalidade e sabedoria, concilia conhecimento e sensibilidade. O meu eterno obrigado por todos seus sábios ensinamentos e pela maravilhosa oportunidade de convivência.

À meu amor Luiza,

Eterna luz, força e vida na minha vida. Para você, por você e com você procuro sempre ser uma pessoa melhor, fiel ao que acredito. Espero que minha eventual ausência tenha se compensado pelo exemplo de busca às inquietações e ao conhecimento. Essa pequenina, que tem no coração somente amor, colore minha vida e me enche de felicidade. Tenho aprendido muito com você mocinha!!!

Ao Alfredo,

Pela força, estímulo e carinhoso apoio. Esta importante conquista é nossa! Muito do que sou, muito do que sei e acredito, devo a esse “Coelho” que tanto amo. Mais do que ter compartilhado comigo este trabalho, agradeço por partilhar minha vida com alguém tão especial.

À minha querida vovozinha-mãe Olga, incríveis irmãos, cunhados e maravilhosos sobrinhos,

Por juntos constituirmos uma bela, unida e alegre família, com base no respeito, amizade, admiração e muito amor. Vocês são minha base, meu porto-seguro, meus exemplos!!!! Devo a vocês meus princípios, minhas convicções e toda e qualquer conquista que tenha ou venha a alcançar. Adoro estar entre vocês, nossa bagunça alimenta minha alma!

À professora Mariza,

Por tanto ter me ensinado, contribuído neste trabalho, no mestrado e com certeza na minha vida. Foi um privilégio conhecer alguém tão sensacional. Sou discípula desta grande “Mestra”!

**À Ernestina, Marina, Dadu, Hérica, Dú, Dona Conceição e Seu Ari,
Pela infinita amizade, carinho e torcida. São amigos assim que me fazem ter sempre forças! Vocês são verdadeiros presentes de Deus na minha vida!**

**À Rimena, Warner, Renata e Marco Túlio,
Pelos “apertos” e objetivos compartilhados, pelos “toques”, pela grande amizade, pela ótima oportunidade de convivência.**

**Aos professores Allyson, Marcos Verneck, Isabela e Andréia,
Pela contribuição durante todo o percurso, pelos ensinamentos e grandes exemplos.**

**À Vanessa e Janete,
Pelo empenho e dedicação a nós alunos e ao curso.**

**À Helenice, Clarice e Marly,
Pelo cuidado e carinho que dedicaram à minha filha durante minhas ausências.**

E a todos que, de uma maneira ou de outra, contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Objetivo: O propósito deste trabalho foi avaliar o perfil e as condições de saúde bucal de uma população de idosos institucionalizados, buscando entender como estas condições são sentidas e avaliadas pelos idosos e como podem estar interferindo na qualidade de vida desses indivíduos. Metodologia: Este estudo epidemiológico transversal foi realizado com toda a população residente em uma instituição filantrópica para idosos da cidade de Belo Horizonte. Foi realizado um inquérito epidemiológico baseado nos critérios da OMS (1999), em 72 idosos, para aferição das principais necessidades normativas de tratamento odontológico. Além disso, foi realizada uma entrevista envolvendo questões relativas às necessidades sentidas de tratamento odontológico, a autopercepção das condições de saúde bucal e ao possível impacto destas condições na qualidade de vida. Essa entrevista foi aplicada por um único entrevistador, a 45 idosos, utilizando um formulário próprio contendo questões objetivas e discursivas.

Resultados: O exame clínico revelou um quadro precário de saúde bucal, com 4,8 dentes presentes em média por indivíduo; CPO-D médio de 29,9; 56,9% de edentulismo; próteses em mau estado de conservação e grande necessidade de reposições protéticas; 35% com lesões de mucosa; 43% com insuficiente higiene oral; e entre os dentados, 54,8% necessitando restaurações e 93,5% necessitando tratamento periodontal. Houve grande discrepância entre a necessidade observada (avaliação profissional) e a necessidade sentida (avaliação do paciente). Apesar do quadro clínico encontrado, 60% dos indivíduos entrevistados acreditavam não estar necessitando de tratamento odontológico e 66,67% avaliaram positivamente sua condição de saúde bucal. Com relação ao impacto na qualidade de vida, 75% dos indivíduos foram afetados em pelo menos uma das dimensões estudadas (dor e outros incômodos, estética, fala, mastigação e convívio social). Entretanto, a presença de impacto psicossocial também não esteve associada estatisticamente com a autopercepção dos indivíduos. Conclusão: A precária percepção dos problemas odontológicos faz com que estes indivíduos encarem os

impactos psicossociais que sofrem como uma consequência inevitável da idade avançada, e não como um problema que mereça ser corrigido. A completa adaptação a essas limitações faz com que permaneçam resignados e indiferentes à precariedade de suas condições bucais.

ABSTRACT

Objective: The purpose of this work was to assess the profile and the oral health status in an elderly population, trying to understand how this status are felt and assessed by the elderly and how they can interfere in the quality of life of these people. **Methods:** This epidemiological study was carried out in a philanthropic institution that shelters elderly, located in Belo Horizonte. Results are based on epidemiological inquiries and interviews of 72 elderly to check the main needs of oral treatment. A questionnaire with questions about the needs of oral treatment, the self-perception of oral status and the possible impact of these conditions in the quality of life was applied in 45 elderly. **Results:** The clinical examination revealed a precarious chart of oral health, with about 4,8 teeth presented by subject; CPO – D about 29,9; 56,9% of edentulism; prosthetics in bad conservation and a great necessity to change the prosthetics; 35% presented mucous lesions; 43% insufficient oral hygiene; and among people that have teeth, 54,8% need restorative and 93,5% need periodontal treatment.

There was a great discrepancy between the necessity observed (professional assessment) and the felt necessity (assessment of the patient). 60% of the interviewees believed that they didn't need oral treatment and 66,67% thought positively about their oral health. Related to quality of life, 75% were affected by one of the studied topics (oral pain, esthetic, chewing and social living). However, the presence of the psychosocial impact there also wasn't any association with the subjects' self-perception. Conclusion: The failing perception of the oral problems makes these people face the psychosocial impacts like an inevitable consequence of the age, different from a problem that can be corrected. The complete adaptation to these restrictions becomes these people resigned and indifferent to the bad conditions of their oral status.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 – Envelhecimento da população 20
brasileira.....**
- Figura 2 – Porcentagem da população de idosos no 21
Brasil.....**
- Figura 3 – Módulo conceitual multidimensional de saúde 45
bucal.....**
- Figura 4 – Visão panorâmica do Recanto Nossa Senhora da Boa 55
Viagem.....**
- Figura 5 – Condições em que foram realizados os exames 64
clínicos.....**
- Figura 6 – Aspectos clínicos de lesões de 74
mucosa.....**
- Figura 7 - Precárias condições de 76
higiene.....**
- Figura 8 - Aspectos clínicos de pacientes com alterações 82
periodontais.....**

Quadro 1 - Medição de saúde bucal relacionada à qualidade de vida.....

Quadro 2 - Critérios utilizados no Inquérito Epidemiológico.....

Gráfico 1 - Distribuição percentual segundo os valores de contribuição mensal

Gráfico 2 - Índice CPO-D médio e seus componentes por faixa etária.....

Gráfico 3 - Distribuição percentual segundo os valores de contribuição mensal

Gráfico 4 - Frequência de idosos dentados segundo as principais necessidades.....

Gráfico 5 - Principais qualidades apontadas para o CD.....

Gráfico 6 - Principais defeitos apontados para o CD.....

Gráfico 7 - Impactos na qualidade de vida.....

Gráfico 8 - Autopercepção das condições de saúde 102
bucal.....

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Indicadores odontológicos para pessoas de 60 a 79 anos de idade residentes na zona urbana –Brasil, 1987.....	31
Tabela 2 - Distribuição dos idosos em número e percentagem segundo as indicações dos medicamentos consumidos.....	71
..	
Tabela 3 - Tipo e freqüência, em número e percentagem, de lesões de mucosa.....	73
Tabela 4 – Distribuição, em número e percentagem, segundo o número de elementos dentais presentes.....	78
.....	
Tabela 5 - Número e percentagem de idosos segundo o status normativo de prótese removível superior e inferior.....	79
Tabela 6 - Necessidade observada e sentida de próteses removíveis superior e inferior.....	80
.....	
Tabela 7 - Distribuição dos idosos dentados em número e percentagem, segundo a presença de alterações periodontais.....	80
Tabela 8 - Índice de ataque pela cárie dental (CPO-D) segundo seus componentes.....	83
Tabela 9 - Freqüência, em número e percentagem, dos idosos dentados segundo o número de restaurações diretas	86

necessitadas.....

**Tabela 10 - Distribuição dos idosos em número e porcentagem
segundo o tempo decorrido após a última visita ao 89
dentista.....**

**Tabela 11 - Distribuição da frequência de consumo de alguns 96
alimentos.....**

Tabela 12 - Distribuição de frequência da auto-avaliação da condição bucal, segundo
variáveis sociodemográficas, clínicas e subjetivas..... **10**
4

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AVD – Atividade de vida diária.

CD – Cirurgião-dentista

CPO-D – Dentes cariados, perdidos e obturados (índice para dentição permanente).

DIDL – do inglês *Dental Impacts on Daily Living*, traduzido como Impactos Odontológicos na Vida Diária.

DP – Desvio padrão.

Ei – Extração indicada.

Ei periodontal - Extração indicada por motivo periodontal.

FDI – do inglês *International Dental Federation*, traduzindo Federação Dentaria Internacional

GOHAI – do inglês *Geriatric Oral Health Assessment Index*, traduzido como Índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas.

ICNTP – Índice Comunitário de Necessidade de Tratamento Periodontal

MG – Referente ao estado brasileiro de Minas Gerais.

OHIP – do inglês *Oral Health Impact Profiling*, traduzido como Índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica.

OHIP 14 – do inglês *Oral Health Impact Profiling*, traduzido como Índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica. Versão resumida do OHIP.

OHIP EDENT – do inglês *Oral Health Impact Profiling*, traduzido como Índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica. Versão direcionada para pacientes edêntulos.

OHQL – do inglês *Oral Health Related Quality of Life Measure*, traduzido como Medição da Saúde Bucal relacionada à Qualidade de Vida.

OMS – Organização Mundial da Saúde SUS – Serviço Único de Saúde.

PPR – Prótese Parcial Removível.

PT – Prótese Total

SUMÁRIO

1.	13
INTRODUÇÃO	17
2.1. A Representação do termo	19
2.2. O Idoso no	20
2.3. O Idoso e a Saúde Bucal.....	27
2.3.1. Definições de necessidades.....	27
2.3.2. O Idoso e a Saúde Bucal	29
2.3.3. O Idoso e a Saúde Bucal	37
2.3.4. O Impacto da Saúde Bucal na qualidade de	42
	52
3.1. Objetivo	53
3.2. Objetivos	53
4.1. Caracterização da	55
4.2.	56
4.3. Obtenção de Consentimento livre e	57
4.4. Estudo	58
4.5. Coleta de	60
4.5.1. Aplicação das Entrevistas	60
4.5.2. Inquérito	63
4.6. Análise dos	66
4.7. Questões	66
4.8. Limites do	67
5. RESULTADOS E	68
5.1. Características da população.....	69
5.2. Condições de Saúde Bucal observada e	73

5.2.1. Expectativas com relação ao atendimento	87
5.3. Impacto na qualidade de	91
5.4. Autopercepção da Saúde Bucal.....	10
6. CONCLUSÕES.....	10
7. REFERÊNCIAS	11
8. APÊNDICES E ANEXOS.....	12
APÊNDICE A - Formulário adaptado da OMS para estudos epidemiológicos.....	12
	4
APÊNDICE B – Entrevista Estruturada.....	12
	6
APÊNDICE C - Consentimento da Instituição.....	12
	9
APÊNDICE D - Termo de Consentimento – Idoso capacitado civil.....	13
	0
APÊNDICE E - Termo de Consentimento – Responsável pelo idoso incapacitado civil.....	13
	1
APÊNDICE F - Carta informativa enviada aos familiares.....	13
	2
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas.....	13
	3

1 INTRODUÇÃO

“Se acreditamos que os homens, como seres humanos, possuem direitos que lhe são próprios, eles têm então, um direito absoluto de gozar de boa saúde, o que a

*sociedade e só ela é capaz de
proporcionar-lhes"*

Aristóteles

1 INTRODUÇÃO

A população idosa representa atualmente o segmento populacional que mais cresce no Brasil. A faixa etária acima de 60 anos assiste ao despertar do século XXI com um crescimento oito vezes maior que o de jovens e quase duas vezes maior que a população em geral. Até o ano de 2025, o Brasil terá a sexta maior população idosa, em números absolutos, do mundo, com mais de 30 milhões de pessoas nesta faixa etária, representando quase 19% da população total. Este processo que se intensificou a partir da década de 50, nos revela as melhorias nos padrões de saúde da população, com aumento significativo da expectativa de vida, diminuição acentuada das taxas de natalidade, mortalidade infantil e mortalidade por doenças infecciosas (BARRETO & CARMO, 2000).

Esta mudança no perfil demográfico da atualidade, com parcela proporcional de idosos consideravelmente aumentada, leva a necessidade da adoção de políticas de saúde pública relacionadas diretamente a sanar os interesses e as demandas próprias deste grupo em expansão, enfocando sempre a manutenção da qualidade de vida.

De fato, a Constituição Brasileira, ao estabelecer o Sistema Único de Saúde - SUS, trouxe a possibilidade de vislumbrarmos um sistema que assegure acesso universal e integral às ações e serviços necessários para promoção, proteção e recuperação da saúde, levando a melhorias dos níveis de saúde de nossa população e a plena satisfação desta com os serviços ofertados. Garantir ao idoso assistência integral à saúde, bem como estimular sua permanência na comunidade, desempenhando papel social ativo, com autonomia e independência que lhe são próprios, são algumas dimensões já firmadas na Constituição Brasileira, pelo artigo 90 da Lei 8842 que dispõe sobre os direitos e deveres em relação aos idosos. Portanto, é preciso conhecer a realidade vivida pelos idosos, bem como suas condições de saúde, para propor ações que efetivamente garantam o respeito a tais direitos.

A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e, apesar dos problemas odontológicos na maioria das vezes não oferecerem risco de vida, eles podem levar a graves complicações de ordem local e sistêmica, além de influenciar significativamente a qualidade de vida e o bem-estar. Aspectos funcionais, sociais e psicológicos são consideravelmente afetados por uma condição bucal insatisfatória (LOCKER & SLADE, 1994).

No Brasil, não há, até o momento, estudos epidemiológicos amplos, sobre as condições de saúde bucal na terceira idade, o que dificulta o estabelecimento de prioridades e o desenvolvimento de ações coerentes de assistência, principalmente em nível coletivo (SHINKAI & BEL-CURY, 2000). O único estudo epidemiológico a nível nacional, que considerou as condições de saúde bucal desta população, data de 1987, e foi realizado somente envolvendo a população urbana de 16 capitais brasileiras. Outros dados epidemiológicos a respeito deste assunto são escassos e dispersos.

O que, de fato, podemos constatar, no entanto, é que os cuidados para idosos têm sido quase que sistematicamente excluídos das

programações de saúde bucal em nível coletivo. Todos os poucos estudos epidemiológicos disponíveis delinearem um mesmo quadro precário: alta prevalência de edentulismo, cáries dentárias e periodontopatias, refletindo o fracasso ou inexistência da assistência odontológica para a população idosa, acarretando, provavelmente, em um significativo prejuízo na qualidade de vida desta população. O conceito de prioridade por grupo etário, pelo qual maior ênfase é dada às crianças e jovens, na prática geral, segundo Jitomirski (2000), é aplicado incorretamente, especialmente em relação às pessoas de maior idade, que dependem da caridade pública prestada em asilos e lares para idosos, ou precisam pagar, com recursos próprios, pelos cuidados que necessitam.

Entretanto, o sucesso de programas de assistência odontológica, não depende apenas de ações governamentais específicas. Kiyak (1993) observou que os idosos são os maiores usuários de serviços médicos, embora sejam também os maiores não-usuários de serviços odontológicos e que, proporcionar serviços odontológicos gratuitos ou de baixo custo não aumenta necessariamente sua utilização, pois as

predições mais poderosas para sua utilização por idosos são a necessidade percebida e as atitudes frente aos cuidados bucais.

Pode-se verificar, portanto, a necessidade urgente de organização de uma rede de assistência preparada para atender a população idosa dentro do paradigma da promoção de saúde. Uma vez que a autopercepção de saúde bucal pode ser diferente no idoso e no adulto jovem, o que implica em diferentes abordagens profissionais, deve-se salientar a importância de se entenderem os valores e as percepções de saúde bucal no idoso, também a fim de melhorar as estratégias de ação de educadores e profissionais de saúde (SHINKAI & BEL-CURY, 2000). Sem essa compreensão dos reais anseios do paciente, não haverá sucesso, quaisquer que sejam os planos de atendimento, tanto no nível coletivo, quanto individual.

Portanto, o propósito deste trabalho é avaliar o perfil e as condições de saúde bucal de uma população de idosos institucionalizados da cidade de Belo Horizonte, buscando entender como estas condições são sentidas e avaliadas pelos idosos e como podem estar interferindo na qualidade de vida desses indivíduos, que

fazem parte de um segmento crescente, porém freqüentemente, excluído das programações de saúde bucal em nível coletivo. Sem o conhecimento e a compreensão de aspectos desta natureza, dificilmente avançaremos em oferecer assistência adequada e direcionada às necessidades dessa população, contribuindo, assim, para a manutenção da qualidade de vida na terceira idade.

2 REVISÃO DA LITERATURA

*“Envelhecer é um triunfo, mas
para usufruir da velhice, é preciso
dispor de políticas públicas
adequadas que possam garantir
um mínimo de condições e
qualidade de vida para os que
atingirem a terceira idade”.*

Alexandre Kalache

É difícil estudar objetivamente o envelhecimento nos seres humanos, pois para compreender este fenômeno é preciso ir além do biológico, é necessário compreender todo o desenvolvimento humano e seus fatores determinantes e influenciadores. Não é pretensão deste capítulo cercar toda a vasta e densa literatura acerca deste assunto, mas sim, retratar objetivamente aspectos essenciais para discutirmos o panorama odontológico do paciente geriátrico, seu perfil, suas necessidades e o papel essencial da Odontologia em contribuir positivamente na melhoria das condições de saúde e satisfação destes pacientes. Para tanto, abordaremos assuntos a respeito do termo idoso, sua situação demográfica, aspectos epidemiológicos de sua saúde, incluindo a saúde bucal, tanto na perspectiva do profissional (percebida) quanto do paciente (sentida), até finalizarmos com o impacto das condições odontológicas na qualidade de vida destes pacientes. Vale aqui enfatizar que embora a terminologia “saúde bucal” não nos pareça adequada, uma vez que não pode ser vista de

maneira isolada no contexto do indivíduo e de sua saúde geral, acabamos por constantemente utilizar esta denominação por falta de outra mais apropriada para se referir mais objetivamente às condições de saúde no espectro de maior ação da Odontologia como parte integrante importante na assistência à saúde da população.

A juventude constitui-se em mito e valor no mundo moderno, orientando, desta maneira, a percepção da vida. Assim, segundo esta ordenação, ser idoso pode significar o fim do ciclo vital e por isto, outros deverão pensar, viver e fazer por ele (GUSMÃO, 2001). Soma-se a isto a carga cultural, social e emocional que acompanha o termo idoso ou, mais ainda seu análogo, velho, trazendo consigo, segundo Jeckel-Neto (2001), a imagem de decrepito, decadente, que perdeu o uso ou a validade, que está na hora de ser descartado.

O termo idoso é definido, segundo o dicionário da língua portuguesa como aquele que tem muitos anos. Velho, por sua vez, como muito idoso, antigo ou gasto pelo uso. Velhice, além de idade avançada, é definida também como rabugice própria do velho (BORBA, 1988). Deste modo, parece-nos mais apropriada a utilização do termo idoso.

O critério para se definir cronologicamente o início de um período do ciclo vital, bem como os eventos a ele associados, são determinados socialmente e, muitas vezes, coincidem com parâmetros

científicos, uma vez que a ciência também é influenciada pelos parâmetros sociais. Desta maneira ele funciona como referência e como organizador, considerando a temporalidade do mundo (NERI, 2001). Neste sentido classificam-se como idosas pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. No entanto, a utilização de um critério meramente cronológico é inapropriada, tendo em vista as pronunciadas diferenças existentes entre as pessoas quanto a seu estado mental, físico e de condições sistêmicas (JITOMIRSKI, 2000).

De acordo com Tin (2001) a velhice é um fenômeno biológico, mas traz conseqüências psicológicas e problemas existenciais. A sociedade impõe destino ao homem. A velhice é encarada como um fato social e cultural. Embora a ciência avance, trazendo melhores maneiras de viver, o fator social condicionador impõe àqueles que envelhecem regras que implicam em condições dissociadas da qualidade de vida desejada. Há necessidade, então, de se compreender melhor a velhice. Quando a velhice for encarada como transformação, ela deixará de significar uma condição desfavorável. Deve-se entendê-

la para que se possam definir maneiras de conduzi-la diante de uma dinâmica social.

2.2 O IDOSO NO BRASIL

Qualquer análise dos padrões de saúde prevalentes na sociedade brasileira mostra que importantes mudanças têm ocorrido. Assim, numa análise das tendências de indicadores dos níveis globais de saúde da população brasileira, chama atenção o fato de que está havendo um aumento significativo da expectativa de vida, com uma diminuição acentuada das taxas de natalidade, mortalidade infantil e mortalidade por doenças infecciosas. Este processo que se intensificou a partir da década de 50, nos revela as melhorias nos padrões de saúde da população (BARRETO & CARMO, 2000). Estas conquistas têm levado a uma mudança no perfil epidemiológico da atualidade. O que se verifica é uma parcela proporcional de idosos consideravelmente aumentada (FIG. 1).

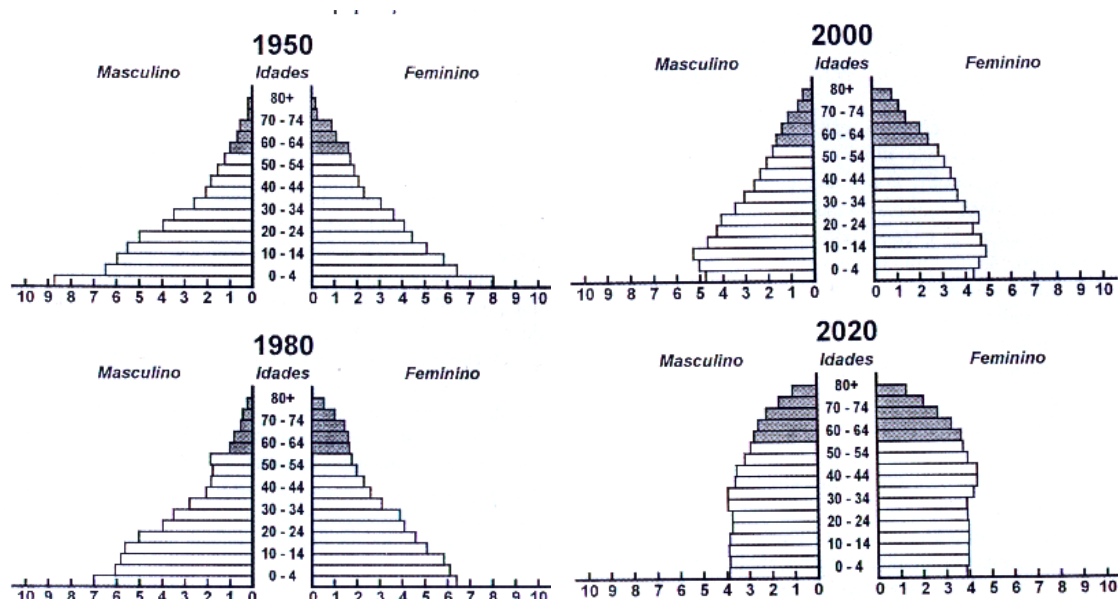


FIGURA 1 - Envelhecimento da População Brasileira.

Fonte: Tin (2001).

O aumento da expectativa de vida pode ser atribuído a inúmeros fatores, inclusive a diminuição da mortalidade em outras faixas etárias, sobretudo a de menores de um ano, ainda bem significativa no Brasil e, segundo Simões (2002), esta contribuição parece ser de cerca de 35%.

De acordo com o IBGE (1998) a população brasileira cresceu em seu todo 22% na década de 80, tendo uma expansão estimada em 15,4% na de 90, reduzindo-se a 11% e 8,8% nas duas décadas

seguintes, tendendo, em seguida, a estabilização. Na mudança do século, o grupo de 0 a 19 anos deveria atingir o total estimado de 64.040.000 pessoas, ou cerca de 884.000 a menos (redução de 1,3%) que os contabilizados dez anos antes, em 1990. Na mesma década, o grupo com 60 anos e mais saltaria, segundo estimativas, de 9.563.000 pessoas para 13.091.000 (aumento de 36%). Silveira et al. (1997) afirmaram que, no Brasil, o aumento da população idosa será da ordem de 15 vezes entre 1950 e 2025. Tal aumento colocará o Brasil no ano de 2025, com a 6a população de idosos do mundo, em termos absolutos.

E de fato, em 1996, residiam no Brasil cerca de 13 milhões de idosos, correspondendo a aproximadamente 8% do total de habitantes. A esperança de vida ao nascer alterou-se de 41,5 anos em 1940 para 68 anos em 1998, diferenciando-se entre homens (65%) e mulheres (74%) (MELLO JORGE et al., 2001; IBGE, 2002). De acordo com Tin (2001) a faixa etária das pessoas acima de 65 anos é a que mais cresce proporcionalmente, numa média de 3% ao ano, o dobro da taxa de toda a faixa de pessoas entre 15 e 64 anos. Nas regiões mais

desenvolvidas do país - um país com situações completamente diferentes com relação ao bem-estar social - é que se encontra o maior número de pessoas idosas (FIG. 2).



FIGURA 2 - Porcentagem da população de idosos no Brasil
Fonte: Tin (2001)

Mesmo dentro do grupo de idosos, a concentração de pessoas nas idades mais avançadas vem crescendo ao longo do tempo passando de um contingente de 38% em 1980 para 45% em 1996 (MELLO JORGE et al., 2001).

Tin (2001), citando Floresta (1999), informou que num estudo realizado pela Sodexho, empresa francesa de alimentos e serviços, que analisou a evolução e o comportamento da população idosa em 11

diferentes países, concluiu-se que as pessoas que chegarem aos 74 anos em 2025 viverão em média mais 17 anos. Com respeito ao Brasil, estimou-se que os idosos irão representar 19% da população. A conclusão a que se chegou é que o Brasil terá, dentre os 11 países analisados, o maior crescimento de idosos. A projeção é que em 2025 as pessoas deixem de trabalhar aos 80 anos. O crescimento da população ativa com mais de 65 anos tenderá a crescer 28% entre 1999 e 2025. Haverá também, segundo essa mesma pesquisa, um menor percentual de idosos frágeis e dependentes.

Em 50 anos, o Brasil continuará a envelhecer aceleradamente. Este período é muito curto em relação aos países desenvolvidos, que chegaram a elevadas taxas num prazo de cem anos (TIN, 2001). Ainda assim este é um fenômeno novo, ao qual até mesmo os países desenvolvidos estão tentando adaptar-se. O maior problema é como absorver e lidar com as necessidades dos idosos já que as prioridades dos governos estão claramente direcionadas a outros grupos etários da população (VERAS et al, 1987). Esta classe populacional emergente possui características singulares, levando a necessidade da adoção de

políticas de saúde pública relacionadas diretamente a sanar os interesses e as necessidades próprias deste grupo em expansão (VRBIC, 1989; MACENTEE, 1990; MEYEROWITZ, 1991; LAMY & HOCKERS, 1999, BARRETO & CARMO, 2000).

Existe uma correlação direta entre o processo de transição demográfica e o de transição epidemiológica. Na medida em que cresce o número de idosos e aumenta a expectativa de vida, tornam-se mais freqüentes as complicações das doenças crônico-degenerativas, modificando o perfil de saúde da população. Ao invés de processos agudos que “se resolvem” rapidamente através da cura ou do óbito, tornam-se prevalentes as doenças crônicas e suas complicações, que implicam em décadas de utilização de serviços de saúde. Dentre as seqüelas referidas, tem-se as do acidente vascular cerebral, fraturas após quedas, limitações provocadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, amputações e cegueira provocados pelo diabetes e a dependência determinada pela demência de Alzheimer (CHAIMOWICZ, 1997).

Com relação à mortalidade, frente ao total de óbitos no Brasil, observa-se um aumento considerável, comparando-se dados de 1981 (38,2%) e 1999 (54,9%). As mortes por causas não definidas (17,7%) apresentam proporção maior que nas outras idades (15,1%), fato observado nos dados de 1999, variando entre 8% na região Sul e 38,9% no Nordeste. Dentre as mortes por causas definidas, a maior frequência se encontra nas doenças do aparelho circulatório (47,7%), seguida pelas neoplasias (16,4%) e doenças do aparelho respiratório (14,4%), sem variações entre as regiões brasileiras. As internações hospitalares também são mais frequentes por doenças do aparelho circulatório e respiratório e o custo destas internações consome 20% do gasto total, considerando todas as idades (MELLO JORGE et al., 2001). Os aspectos referentes à morbidade e mortalidade entre idosos são fundamentais na definição de políticas públicas que beneficiem esta faixa etária.

Possivelmente devido ao acesso restrito às escolas, nas décadas de 30 e 40, o nível educacional do idoso brasileiro é baixo, observando-se

que, a média de 2,6 anos de estudo não foi ultrapassada em nenhum estado do país (MELLO JORGE et al., 2001).

Quanto ao mercado de trabalho e renda, em 1999, cerca de um terço dos idosos ainda se encontrava em atividade e 77% se declaravam aposentados ou pensionistas, sendo esta a principal fonte de renda da população avaliada. A renda per capita foi de até um salário mínimo para cerca de 40% dos idosos e até 2,5 salários para 90% dos aposentados brasileiros. Considerando as diferenças regionais, a porcentagem de idosos que recebem até um salário mínimo, é contrastante. A região Nordeste do país apresentou o pior quadro (62%), a região Sudeste, com 27,8%, foi a de melhor avaliação (CHAIMOWICZ, 1997; MELLO JORGE et al., 2001).

Numa pesquisa qualitativa, em Maringá – PR, Teixeira & Lefèvre (2001) observaram um grupo de 30 idosos com pelo menos uma doença diagnosticada. A média diária de consumo de medicamentos foi de 3,6 por idoso, num intervalo de 1 a 8.

A questão da capacidade funcional e da autonomia do idoso pode ser ainda mais relevante do que a própria questão da morbilidade, pois é diretamente ligada à qualidade de vida. Jitomirski (2000) relatou a existência de três grupos em que idosos com 60 anos ou mais poderiam ser enquadrados. Os funcionalmente independentes (vivem sem necessitar

de ajuda), os parcialmente dependentes (incapazes de manter independência total, necessitando de serviços de suporte) e os totalmente dependentes (impossibilitados de manter autonomia, necessitando de ajuda permanente). Essa classificação, segundo o estado funcional dos idosos, parece ser mais apropriada do que a utilização de um critério meramente cronológico. Este critério foi adotado pelo grupo de trabalho constituído em conjunto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Federação Dentária Internacional (FDI), a fim de determinar as necessidades em saúde bucal dos idosos.

Para os idosos funcionalmente independentes, a possibilidade de atividades em grupo pode trazer mudanças na qualidade de vida, na medida que pode se constituir em um espaço onde compartilham assuntos comuns, têm momentos de lazer e podem solucionar problemas através do exercício de solidariedade (ALMEIDA et al., 1998).

Os “círculos de avôs” resultaram, através das atividades realizadas, exercícios físicos e educação em saúde, num melhor controle das enfermidades crônicas, um menor consumo de medicamentos e melhoria no estado psicológico (COLINA et al., 1993).

Embora existam idosos que apresentem condições de viver e de se manterem sozinhos ou que possuam familiares dispostos a acompanhá-los e auxiliá-los nas soluções de seus problemas, a maioria é constituída de indivíduos pobres, sem condições de viverem sozinhos ou com a família, sem alternativas em curto prazo a não ser a institucionalização. Uma vez que, como já dito, a população brasileira envelhece a passos largos e sem um planejamento dos setores sociais e de saúde compatíveis com as necessidades desse segmento

populacional, a tendência parece ser a multiplicação dos espaços institucionais. Um dos mais graves problemas das instituições de longa permanência é a falta de preparo dos profissionais que atuam no setor. As instituições que recebem idosos devem priorizar a assistência à saúde, promovendo um atendimento integralizado ao idoso (VIEIRA, 2002).

Entre a população de idosos de Minas Gerais acredita-se que menos de 1% viva em instituições geriátricas, dado relevante quando comparado aos países escandinavos, onde a cifra é de 7%. De acordo com o Censo 2000 (IBGE, 2002), na cidade de Belo Horizonte, existem cerca de 200.000 indivíduos com 60 anos ou mais, correspondendo então, a aproximadamente 9% do total de habitantes do município. Destes, cerca de 1658 (75% do sexo feminino e 25% do sexo masculino) residem em instituições de longa permanência ou lares para idosos.

Os asilos são, em sua grande maioria, instituições sem recursos, mantidos com o trabalho e contribuição de indivíduos vinculados a entidades religiosas. Em Minas Gerais, 82,5% das instituições existentes são de natureza filantrópica, 12,5 filantrópicas-lucrativas e 5% lucrativas. Apenas 43% dos asilos possuem assistência médica, em sua maioria ocasional e voluntária, sendo que 52,5% dos profissionais trabalham como voluntários. As pessoas responsáveis pelos cuidados dos residentes, com raras exceções, nunca receberam qualquer treinamento para lidar com idosos e suas enfermidades mais prevalentes (FAX, 1980 citado por CUNHA, 1985). Entretanto, segundo Marques et al. (2003) este quadro foi alterado na cidade de Belo Horizonte, pois a Promotoria de Defesa da Pessoa Portadora de Deficiência e do Idoso exigiu da Prefeitura a realização um treinamento direcionado aos cuidadores de idosos, que inclusive incluiu conteúdos direcionados à saúde bucal. Este treinamento, realizado o durante o ano de 2003 foi gratuito aos funcionários de instituições filantrópicas do município, o que favoreceu a capacitação destes cuidadores. Especificamente neste município, cerca de 65% dos asilos são vinculados a Sociedade São Vicente de Paula, 15% a outras entidades religiosas e a maioria restante, à iniciativa

privada. Asilos filantrópicos mantêm 85,3% do total de residentes. Nenhum asilo é mantido integralmente pela Prefeitura Municipal, que contribui com o equivalente a 1/10 do salário mínimo por residente/mês (CHAIMOWICZ & GRECO, 1999).

Cunha et al. (1985) realizaram um levantamento epidemiológico psicogeriátrico em asilos de Belo Horizonte. Foram examinados 308 residentes (261 mulheres e 47 homens), com idade variando entre 60 e 100 anos. A prevalência de demência encontrada foi de 73,7%. A avaliação das funções de comportamento mostrou que 94,4% dos residentes tinham algum grau de deteriorização nas funções de comportamento (42,2% com distúrbios de mobilidade, 41,2% eram agitados, 34,1% necessitavam de ajuda para se vestir, 21,4% necessitavam de ajuda para se alimentar; 28,6% eram incontinentes de urina, 39,3% apresentavam distúrbios de sono e 19,8 alucinavam ou tinham idéias delirantes), sendo que 54,2% necessitavam de ajudas importantes nas tarefas diárias. Quanto ao uso de medicamentos, os autores verificaram que 68,8% dos residentes usavam drogas, sendo que 14,6% usavam quatro ou mais drogas. As drogas cardiovasculares (37,3%) e os psicotrópicos (36%) eram os medicamentos mais utilizados pelos examinados. Além disso, foi constatado que após 12 meses, cerca de 15% dos idosos haviam falecido, sendo que foi observado parecer haver uma relação entre incapacidade para realizar cada tarefa diária e mortalidade. Este estudo revelou evidência de importante mortalidade psiquiátrica em asilos, chamando a atenção para a necessidade de uma reavaliação dos objetivos destes lares, assim como do pessoal empregado no cuidado de saúde dos residentes.

Chaimowicz & Greco (1999) realizaram um estudo no ano de 1994 avaliando a dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, avaliando 1128 idosos de 33 asilos do município. Entre seus resultados, foi observado que as mulheres representam a maioria (81%), eram mais velhas e residiam a mais tempo em asilos. Quase um quarto das mulheres e apenas 12,7% dos homens tinham idade superior a 80 anos. A lotação mediana dos asilos analisados foi de 92%. Na faixa de 60 anos ou mais 0,46% residiam em asilos e na faixa de 65 anos ou mais esta proporção aumenta, passando a 0,64% do total de idosos do município.

2.3 O IDOSO E A SAÚDE BUCAL

Com o aumento da expectativa de vida da população e conseqüentemente da parcela de idosos, o conceito de qualidade de vida torna-se mais importante. A saúde bucal tem papel relevante na qualidade de vida de indivíduos da terceira idade, uma vez que o seu comprometimento pode afetar negativamente o nível nutricional, o bem estar físico e mental, bem como diminuir o prazer de uma vida social ativa (WERNER et al., 1998). Assim sendo, é de extrema importância o conhecimento das condições bucais desta população, como também de suas necessidades de tratamento.

2.3.1 Definições de necessidades

Segundo Sheiham (2000), para se definir os conceitos de necessidades, uma discussão crucial deve ser realizada enfatizando a diferença conceitual entre necessidade como prestação de benefício que é relacionada à capacidade do paciente de beneficiar-se, em obter vantagens com a provisão do cuidado de saúde; e a necessidade como presença de doença que incorpora as noções de gravidade do dano ao paciente e sua extensão na população sem incluir, contudo, se um paciente poderia potencialmente se beneficiar, de algum modo, com a realização do tratamento.

Bradshaw (1972, citado por Sheiham, 2000) formulou um conceito de base sociológica, afirmando que há uma necessidade expressada como demanda, que é a sentida ou percebida; uma comparativa, que envolve comparações com situações de outro; e uma normativa, definida por especialistas, que muda com o tempo em resposta ao conhecimento adquirido.

A necessidade percebida depende das crenças e do conhecimento da pessoa afetada, e conseqüentemente de seus critérios de valor que, por sua vez, são influenciados por fatores psicológicos, socioeconômicos e culturais. “Trata-se de compreender o nível mais íntimo das preferências do indivíduo em relação à sua própria percepção do problema” (COAST et al., 1996 citado por SHEIHAM, 2000).

No planejamento de serviços de saúde bucal usa-se mais a noção da necessidade normativa, pois esta se enquadra melhor dentro do modelo biomédico, o qual se baseia na identificação de doenças sem levar em consideração a percepção subjetiva do paciente. Porém,

segundo Sheiham (2000), este modelo de necessidades normativas possui algumas deficiências, dentre as quais destacam-se:

- A necessidade definida de forma normativa não é tão quantificável como o termo sugere. Em geral é uma avaliação subjetiva feita pelo profissional que procura decidir se uma pessoa irá ou não se beneficiar com determinado procedimento;**
- As necessidades de tratamento são traduzidas pelos profissionais muitas vezes sem levar em conta a dimensão funcional ou social das pessoas examinadas;**
- Os conceitos de saúde e doença são determinados por valores culturais, e, portanto podem ser bastante divergentes entre leigos e profissionais;**
- Ao se concentrar no aspecto técnico de necessidade, as atitudes e o comportamento do paciente, com frequência não recebem atenção suficiente, nem se dá a devida ênfase à promoção da saúde, ao bem estar e a prevenção de doença;**
- Tratamentos alternativos são descartados.**

Portanto, na determinação de necessidades de tratamento odontológico deveriam ser considerados os seguintes elementos fundamentais: inclusão de questões subjetivas, tais como o risco de adoecer; incapacidade e disfunção; dor e desconforto; informações acerca de aspectos sociais e sobre a percepção de saúde, considerando a eficácia e o custo na indicação de determinado tratamento. A definição de necessidade deveria ser uma responsabilidade conjunta dos profissionais e dos cidadãos para se alcançar um tratamento eficiente, de impacto e que cause satisfação, contribuindo para um comportamento favorável dos indivíduos em relação à própria saúde (SHEIHAM, 2000).

2.3.2 O Idoso e a Saúde Bucal Observada (Normativa)

Não há, até o momento, no Brasil, estudos epidemiológicos amplos sobre as condições de saúde bucal na terceira idade, o que impossibilita o estabelecimento de prioridades e o desenvolvimento de ações coerentes de assistência, principalmente em nível coletivo (SHINKAI & CURY, 2000). De fato, o único estudo a nível nacional que considerou as condições de saúde bucal de idosos, foi o Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal - Brasil, zona urbana, 1986; realizado pelo Ministério da Saúde (MS), onde foram coletados dados em 16 capitais brasileiras, consideradas representativas das cinco macrorregiões do Brasil (BRASIL, 1988, PINTO, 1993).

Entre os problemas de saúde bucal mais prevalentes no idoso, tem-se o edentulismo, lesão cariosa coronária e radicular, periodontopatias, desgastes dentais (atrição, abrasão e erosão), lesões em tecidos moles, especialmente as hiperplasias fibrosas

inflamatórias, úlceras traumáticas e as diferentes apresentações da candidíase bucal conseqüentes, na maioria dos casos ao uso de próteses inadequadas, xerostomia, alterações degenerativas da mucosa e estruturas ósseas de suporte, diminuição dos mecanismos de estímulo neuro-muscular, formação de dentina secundária, maior aposição de cimento, reabsorção radicular, além de desordens têmporo mandibulares, dores orofaciais, problemas de oclusão e câncer de boca (PUCCA JÚNIOR, 1996; SHINKAI & CURY, 2000; ROCHA et al. 2002).

Algumas alterações associadas direta ou indiretamente ao envelhecimento, como limitação da capacidade motora que pode prejudicar a correta higienização oral, diminuição do fluxo salivar, condições sócio-econômicas, dificuldade de acesso a serviços odontológicos, falha ou ausência de tratamento restaurador resultam na grande proporção de edentulismo entre os idosos (ROSA et al., 1992).

Para os que conseguem conservar um número significativo de dentes naturais, as lesões cariosas, especialmente as radiculares podem se constituir em problema relevante (VRBIC, 1989; WHELTON et al., 1993). A cárie é uma infecção bacteriana causada por uma interação complexa entre fatores biológicos, sociais e comportamentais. Em países industrializados, acredita-se que a doença cárie representa uma forte ameaça a dentes de indivíduos em idade avançada, embora ainda se tenham poucos estudos a respeito da incidência e progressão destas lesões na terceira idade (MACENTEE, 1994).

Jones (1995) verificou que o avançar da idade, a presença de doença periodontal moderada e severa, perda óssea, recessão gengival, deficiente higiene bucal, uso concomitantemente de vários medicamentos e o uso de próteses parciais removíveis foram

contribuintes para os principais fatores de risco para a ocorrência de lesões cariosas em superfícies radiculares. Whelton et al. (1993) acrescentaram que a residência em áreas não fluoretadas e com poucos recursos financeiros também atuam negativamente nesse processo. Além disso, esses autores afirmaram que a perda de dentes pode mascarar a prevalência potencial de lesões cariosas em superfícies radiculares.

Disfunções salivares têm sido também associadas ao aumento do índice de cáries. A xerostomia tem sido frequentemente relacionada a pacientes idosos. Entretanto, há evidências de que a idade por si só não leva a hipofunção das glândulas salivares. A diminuição do fluxo salivar em idosos pode ser devida, principalmente, a um aumento na prevalência de problemas de saúde, uso de medicamentos, radioterapia e quimioterapia (CHAVES et al., 2000). Segundo Tenovuo (1992), pacientes idosos com fluxo salivar normal não constituíram um grupo de risco especial para o desenvolvimento de doenças dentais. Bretz et al. (2000) acrescentaram que além do fator idade outros fatores, tais como: sexo, doenças sistêmicas, diferentes condições médicas e

odontológicas, hábitos de vida, variáveis demográficas, uso de medicamentos e o status funcional destas glândulas podem estar contribuindo para uma produção alterada de saliva pelas glândulas salivares menores em pacientes idosos.

O fato de infecções dento-alveolares e de orofaringe poderem rapidamente conduzir a doenças sistêmicas em pacientes com estado de saúde geral comprometido, como é o caso de muitos idosos, indica que especial atenção deve ser dada ao adequado atendimento desses pacientes (CHAVES et al., 2000).

No Brasil, a situação epidemiológica em termos de saúde bucal, pode ser ainda classificada como bastante severa e grave, refletindo o descaso geral com que este grupo é socialmente considerado e as dificuldades financeiras em que a grande maioria procura sobreviver (JITOMIRSKI, 2000).

Os dados do Levantamento Epidemiológico Nacional de 1986 revelaram no grupo urbano acima de 60 anos, uma situação extremamente severa (TAB. 1), com a curiosa particularidade de que as diferenças entre as pessoas de baixa, média e alta renda não são estatisticamente significativas, ou seja, a precariedade do quadro é similar para o conjunto da população. As extrações dentárias e o edentulismo constituem, sem dúvida, um sério problema entre as pessoas acima de 60 anos (BRASIL, 1988; PINTO, 1993; JITOMIRSKI, 2000).

TABELA 1

Indicadores Odontológicos para pessoas de 60 a 79 anos de idade residentes na zona urbana – Brasil, 1987.

Grupo Etário	Média CPO-D	% que necessita ou usa prótese total	% de edêntulos	% com doença periodontal
60 a 64	29,43	83,49	58,87	96,38

65 a 69	30,54	91,25	68,48	97,74
70 a 74	31,30	96,31	76,89	98,69
75 a 79	31,79	98,83	84,56	99,13

Fonte: Jitomirski (2000)

Rosa et al. (1992) avaliaram 236 pessoas acima de 60 anos do município de São Paulo. Altos índices de lesões cariosas foram detectados, com CPO-D de 29,03 para idosos não institucionalizados e 30,97 para os institucionalizados. Com relação ao edentulismo, 65% dos não institucionalizados e 84% dos institucionalizados eram edentados totais, entretanto, no primeiro grupo 76% usavam próteses totais bimaxilares, enquanto no segundo grupo apenas 30% as usavam. Entre os usuários de próteses, lesões de mucosa a elas associadas estavam presentes em 38% e 53% dos idosos não institucionalizados e institucionalizados, respectivamente. Quanto à condição periodontal, em metade dos idosos examinados no domicílio e em dois terços dos examinados nas instituições, havia presença de bolsas periodontais.

Em seu Congresso Mundial de Amsterdam, a FDI criou o Grupo de Trabalho 5, composto por cirurgiões-dentistas de diversos países

para reunir e analisar informações sobre saúde bucal na terceira idade. No Brasil, a cidade de São Paulo foi a escolhida para ser incluída neste estudo. Foram examinados 257 idosos institucionalizados e não institucionalizados, sendo 55% independentes, 35% parcialmente dependentes e 10% totalmente dependentes. Houve discreta predominância do gênero feminino (54%) e a idade média encontrada foi de 73,5 anos (ROSA et al., 1993).

Do total de examinados neste estudo, apenas quatro pessoas apresentaram um índice CPO-D igual ou inferior a 10, ao passo que 188 não possuíam nenhum dente sadio. O CPO-D médio foi de 30,4 dentes atacados (94%) e somente 1,96 dentes sadios (6%). Em média, 27,26 dentes foram extraídos, todos os demais componentes, incluindo os com extração indicada, foram inexpressivos. As diferenças entre os grupos segundo a capacidade funcional, foram significantes para todas as condições avaliadas, com constante favorecimento dos idosos independentes. Entretanto, no que diz respeito à necessidade de tratamento, os idosos totalmente dependentes foram os que menos necessitaram de restaurações dentárias e de tratamento periodontal, já

que o número médio de dentes presentes foi consideravelmente menor do que o encontrado nos demais grupos, mas ainda assim lideraram o quadro de necessidade de extrações (ROSA et al., 1993).

Ainda neste estudo, com relação à condição periodontal, cerca de 90% dos sujeitos dentados necessitavam de algum cuidado periodontal, sendo que destes, 33% exigiam cuidados complexos. Da amostra examinada, 97% necessitava, de alguma forma, de cuidados protéticos. Somente 8 pessoas, entre as 257 examinadas, não necessitavam usar nenhum tipo de prótese. As pessoas funcionalmente independentes foram as que mais usavam próteses e também as que mais necessitavam de reparo nas mesmas. Lesões de mucosa também foram encontradas em alta prevalência: 7,8% com estomatite, 0,4% com ulcerações, 10,5% com hiperplasias e 3,1% com outras lesões. Com relação à renda, são tênues as diferenças entre os de baixa e média renda, contudo, foram consideráveis as diferenças nas condições de saúde bucal entre estes e os de alta renda (ROSA et al., 1993).

Santos (1996) realizou um estudo de prevalência acerca da distribuição das doenças da cavidade bucal nos usuários do SUS de

Belo Horizonte. Na faixa etária de 60 anos ou mais, foram examinadas 41 pessoas (29 do sexo F e 12 do sexo M). O CPO-D médio encontrado para essa faixa etária foi de 25,9 (7,1). O componente Cariado encontrado foi de 0,63, o Restaurado 1,61, cárie envolvendo polpa 0,73 e o componente Extraído 22,94. Com relação à perda de dentes, o autor encontrou 14,6% com perda de 8 a 14 elementos, 19,5% com perda de 15 a 21 elementos, 31,7% com perda de 22 a 27 elementos e 31,7% de edentulismo. A distribuição percentual do índice ICNTP foi: 9,7% com saúde periodontal, 19,5% com presença de sangramento, 28,5% com presença de tártaro, 7,2% com bolsas de 4 a 5mm e 2,0% com bolsas maiores que 6mm. Com relação à prevalência de lesões de mucosa, 7,8% dos indivíduos examinados, acima de 45 anos apresentaram alguma alteração na mucosa oral.

Em Pelotas-RS, Frare et al. (1997) realizaram entrevistas e exames clínicos em 182 idosos. Houve maior prevalência de mulheres (64,3%). A renda *per capita* média foi de um salário mínimo, 64,3% eram edentados totais e a média de dentes presentes por indivíduo foi igual a nove. Dos entrevistados, 73,4% faziam uso de aparelhos

protéticos, sendo que a metade (50,13%) se referia a próteses totais superiores. Foi também verificado que a data da última consulta relatada coincidia com a colocação da prótese, o que na maioria dos idosos (51,7%) ocorreu a mais de 20 anos. Entre as alterações de mucosa, a candidíase e a hiperplasia fibrosa focal no palato relacionada ao uso de próteses com câmaras de sucção foram freqüentemente encontradas.

Um estudo sobre as condições de saúde bucal em 97 indivíduos pertencentes a três instituições de amparo ao idoso do município de Araçatuba – SP foi realizado por Saliba et al. (1999a). O número médio de dentes perdidos foi de 18,5, sendo que 31% eram parcialmente dentados e 69% eram edêntulos totais. Entre os parcialmente dentados, o CPO-D médio foi de 25,10, onde 11,6% apresentaram dentes cariados, 10,35% apresentaram dentes hígidos, e 9,76 com extração indicada. Entre os examinados, 58% necessitavam de tratamento periodontal. Com relação ao uso de prótese entre os pacientes edêntulos, 48% usavam pelo menos uma prótese total, enquanto 52% não usavam nenhum tipo de prótese.

Guerra et al. (2000) avaliaram aspectos pessoais, hábitos de frequentar o cirurgião-dentista, frequência e técnica de escovação entre 50 indivíduos da terceira idade atendidos no Serviço de Geriatria do Hospital Universitário Osvaldo Cruz, em Pernambuco. A média de idade foi 70,4 anos. Entre os pacientes, 85,7% não tinham hábito de ir ao cirurgião-dentista; 75% eram edêntulos, desses 56% usavam prótese total, sendo que 42,9% usavam apenas a prótese superior; 45% faziam escovação duas vezes ao dia e desses, apenas 25% apresentavam dentes naturais, fazendo-se uma média de 8 dentes por indivíduo.

Mello & Padilha (2001) avaliaram as condições de higiene bucal de idosos institucionalizados em Porto Alegre-RS. A população examinada apresentou idade média de 79 anos, sendo que 51,2% eram funcionalmente dependentes, 20,2% parcialmente dependentes e 28,6% independentes. O preço mensal médio ponderado pago às instituições, por idoso residente, alcançou a cifra de US\$ 430. O índice de placa de Silness e Loe médio em dentes resultou 2,24. No exame em próteses, o índice de placa médio de Ambjornsen foi apurado em 7,14.

A má condição de higiene bucal prevaleceu consideravelmente entre os idosos examinados. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a condição de higiene da boca e/ou próteses e as variáveis sexo, idade, tempo de institucionalização, preço mensal pago à instituição e número de cuidadores na instituição. Entretanto, idosos independentes apresentaram média de placa em dentes inferior àqueles parcialmente dependentes ou totalmente dependentes ($p=0,024$).

As lesões de mucosa mais freqüentes em idosos acima de 60 anos atendidos nas faculdades de Odontologia da UFMG e PUC Minas foram identificadas por Rocha et al. (2002). Estes autores verificaram maior prevalência de lesões de mucosa no gênero feminino. O local de maior acometimento das lesões foi o palato. As lesões mais freqüentes em ambos os gêneros foram a hiperplasia fibrosa inflamatória, seguida pela candidíase, alterações estas que, na maioria das vezes, são induzidas pela utilização de próteses mal adaptadas, precária higienização e visitas irregulares ao dentista.

Uma avaliação das condições e da satisfação com as próteses de 103 idosos do centro de reabilitação do SUS de Araraquara-SP foi realizada por Braga et al. (2002). Quanto à frequência de visita ao CD, 14,6% realizaram sua última visita a menos de 1 ano, 16,5% entre 1 e 3 anos, 5,8% entre 3 e 5 anos, 15,6% entre 5 e 10 anos, 16,5% entre 10 e 20 anos e, a maioria (32%) a mais de 20 anos. Cerca de 21% dos entrevistados usavam a mesma prótese a mais de 10 anos e 38,8% a mais de 20 anos. Foi observado também que 64% das próteses se encontravam em estados não funcionais e que 50% dos entrevistados estavam insatisfeitos com seus aparelhos protéticos.

Berti (2002) examinou e entrevistou 205 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, numa amostra sistemática e estratificada da população residente no município de Cascavel-PR, sendo 70,24% do gênero feminino e 29,76 do gênero masculino. A renda mensal da maioria dos entrevistados (45,37%) foi de até 1 salário mínimo. Com relação à última consulta odontológica, 14,53% relataram que a realizaram entre 15 e 20 anos, 11,11% a mais de 20 anos e 19,66% não se lembravam. 70,73% dos participantes eram edêntulos. Com relação

às condições da mucosa oral, as lesões mais prevalentes foram a hiperplasia fibrosa inflamatória, úlceras traumáticas e candidíase, respectivamente. 58,53% não apresentaram nenhuma alteração na mucosa. 100% dos idosos dentados apresentaram alguma condição desfavorável no periodonto. O CPO-D médio entre os indivíduos dentados foi de 24,53, sendo o componente Extraído o de maior representatividade.

Todos esses estudos acima referenciados evidenciam um quadro de alta prevalência de edentulismo, cáries dentárias e periodontopatias, refletindo o fracasso ou inexistência da atenção odontológica direcionada ao paciente idoso.

Mais atenção deve ser dada aos cuidados preventivos e terapêuticos direcionados ao paciente idoso na intenção de melhorar a sua qualidade de vida. O cuidado com a saúde bucal destes pacientes deve considerar as condições bucais, doenças sistêmicas e o uso de medicamentos, tanto nos serviços públicos de saúde, quanto nos atendimentos particulares. Entretanto, a correlação entre a saúde

bucal, doenças sistêmicas e a qualidade de vida do idoso precisa ser ainda melhor definida. (MEYEROWITZ, 1991).

A saúde bucal de idosos tem sido relegada a um plano secundário, especialmente a dos idosos dependentes, principalmente por serem considerados vagarosos, não enxergarem nem escutarem bem e, principalmente, por apresentarem dificuldades com relação ao autocuidado, sobretudo de se lembrarem ou seguirem instruções (JITOMIRSKI & JITOMIRSKI, 1997).

Barnes (2000) revisou as políticas públicas de saúde bucal para idosos, destacando que poucos estudos têm sido realizados para se verificar o perfil de demandas odontológicas dessa população. Políticas públicas de suporte comunitário que visem a melhoria da consciência e incorporação de medidas preventivas para promover saúde bucal em pacientes idosos são essenciais. Tais políticas precisam disponibilizar orientações de como proceder para evitar a ocorrência de doenças, promovendo pesquisas regulares e informações atualizadas, assegurando o acesso de todos a serviços de alta qualidade.

De acordo com o artigo 196 da Constituição Federal Brasileira “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). A

Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), a Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), regulamentam, entre outros, os direitos e deveres em relação à saúde dos idosos. Abaixo, alguns trechos retirados, respectivamente, destas legislações:

“Garantir ao idoso assistência integral à saúde, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS; (...) fornecer medicamentos, órteses e próteses, necessários à recuperação e a reabilitação da saúde do idoso; desenvolver política de prevenção para que a população envelheça mantendo um bom estado de saúde; desenvolver e apoiar programas de prevenção, educação, e promoção de saúde do idoso de forma a: A) estimular a permanência do idoso na comunidade, junto à família, desempenhando papel social ativo, com autonomia e independência que lhe for própria; B) estimular o auto-

cuidado e o cuidado informal; (...); E) produzir e difundir material sobre a saúde do idoso; (...) (Política Nacional do Idoso - BRASIL, 1994).

“Promoção do envelhecimento saudável, a preservação e/ou melhoria, ao máximo possível da capacidade funcional do idoso, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde daqueles adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida de modo a garantir lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade” (Política Nacional de Saúde do Idoso – BRASIL, 1999).

“Atenção integral à saúde do idoso, através do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde(...)” (Estatuto do Idoso - BRASIL, 2003),

Na cidade de Belo Horizonte, foi criada também a Lei 7.930, de 1999, que define a Política Municipal do Idoso, mantendo as mesmas propostas e diretrizes das legislações federais (BELO HORIZONTE, 1999). Apesar de todas elas ressaltarem o direito à saúde, incluindo a saúde bucal, nem sempre, de fato, estes princípios são aplicados. De

acordo com Ribeiro*, em Belo Horizonte, o que realmente existe na prática, quanto à atenção odontológica direcionada ao idoso, é o Termo de Ajustamento de Conduta de 2003. Trata-se um acordo firmado entre a Prefeitura deste município e a Promotoria de Defesa da Pessoa Portadora de Deficiência e do Idoso, que estipula, quanto à saúde bucal, o compromisso da Prefeitura em garantir aos idosos institucionalizados o atendimento às emergências odontológicas com prioridade nos Centros de Saúde da Rede Municipal, além de exames anuais para prevenção do câncer de boca, bem como a disponibilização de escovas dentais e dentifrícios.

2.3.3 O Idoso e a Saúde Bucal Sentida

O papel da Odontologia em relação aos idosos é o de promover a saúde bucal, impedindo assim repercussões negativas sobre o estado psicológico e sobre a saúde geral de cada indivíduo. Baseado nestes fatos, torna-se importante o conhecimento das necessidades e

* Ribeiro, M.T.F. Comunicação pessoal. 2003. (Promotoria de Defesa da Pessoa Portadora de Deficiência e do Idoso – Odontogeriatra- Belo Horizonte- Minas Gerais- Brasil)

expectativas dos idosos em relação aos serviços odontológicos prestados, bem como a capacidade desses indivíduos para avaliarem o seu estado de saúde bucal (SALIBA et al., 1999b). Kiyak (1993) acrescenta que é essencial entender como a pessoa percebe sua condição bucal, pois seu comportamento é condicionado pela percepção e pela importância dada a ela. Mesmo nos países que mantêm programas dirigidos a idosos, a principal razão para este grupo não procurar o serviço odontológico é a não percepção de sua necessidade. De fato, do ponto de vista prático, a necessidade percebida pelos pacientes tem um forte impacto sobre a utilização dos serviços e tem sido identificada como um importante fator preditor de frequência para procura de atendimento (GILBERT et al., 1994; MATTHIAS et al., 1995).

No entanto, vários estudos têm observado uma substancial diferença entre as necessidades observadas pelo profissional (necessidade normativa, determinada pela presença de doença) e a necessidade sentida pelo paciente (que pode ou não ser baseada na presença de doenças). Ou seja, pacientes e profissionais normalmente utilizam critérios diferentes ao avaliarem condições de saúde bucal. Essa fenda existente entre o status de saúde oral e necessidade para

tratamento definido pelo profissional e pela percepção do paciente pode ser devida a limitados tipos de variáveis incluídas nos estudos. Quando somente são consideradas e relacionadas à percepção do paciente com sua condição clínica definida de modo normativo, a correlação parece ser bastante fraca e inconsistente. Entretanto, quando as variáveis consideram o impacto de medidas funcionais, sociais e psicológicas das condições bucais, bem como sua inter-relação com a saúde geral, estes fatores aparecem como forte preditores de necessidade de tratamento percebida, embora ainda seja necessário se compreender melhor quais os elementos básicos que determinam a auto-avaliação de saúde bucal (GILBERT et al., 1994; LOCKER & SLADE, 1994; MATHIAS et al., 1995; JOKOVIC & LOCKER, 1997; SRISILAPANAN & SHEIHAM, 2001; SILVA & FERNANDES, 2001).

Um grande número de pessoas avalia sua condição bucal de maneira favorável, mesmo em condições clínicas insatisfatórias. Provavelmente isso se deve ao fato de que muitas alterações detectadas ao exame clínico normativo são assintomáticas e desconhecidas pelos indivíduos. As variáveis relacionadas à

sintomatologia dolorosa, comumente são as que possuem mais forte associação com a necessidade percebida de tratamento odontológico. Variáveis clínicas, demográficas e referentes ao impacto psicossocial estão associadas com a percepção em saúde bucal, entretanto, esta última tem, sem dúvida, o mais forte efeito independente (MATHIAS et al., 1995; JOKOVIC & LOCKER, 1997; SILVA & FERNANDES, 2001).

Gilbert et al. (1994) realizaram um estudo na Flórida-USA sobre a percepção de necessidades para atendimento odontológico em idosos. Cento e oitenta indivíduos foram entrevistados e examinados, sendo que 80% tinham, no mínimo, um dente remanescente. A idade média encontrada foi de 77,5 anos, sendo 66% do gênero feminino. Houve grande discrepância entre a necessidade normativa e a necessidade sentida pelos entrevistados. Sessenta e oito por cento dos indivíduos com lesões de mucosa que requeriam tratamento não relataram nenhuma necessidade em procurar um profissional, assim como 57% das pessoas com lesões de cárie e 50% dos portadores de bolsas periodontais acima de 6mm. Dos pacientes com lesões de cárie ativas, 82% acreditavam que seus dentes eram saudáveis e 83% afirmaram

não ter “cavidades”. Cinquenta e nove por cento dos que relataram não ter “cavidades”, realmente as tinham. Oitenta e seis por cento das pessoas com bolsas periodontais acima de 6mm e 69% dos que relataram sangramento gengival durante a escovação, afirmaram durante a entrevista, que suas gengivas estavam saudáveis. Um achado interessante foi que um número significativo de pessoas que relataram sinais e/ou sintomas de alterações odontológicas, que normativamente seriam julgadas como necessidade de tratamento, ainda assim, afirmaram não possuir nenhuma necessidade de procurar por atendimento. Este foi o caso de 35% dos que relataram ter “cavidades”, 44% dos que relataram possuir dentes quebrados e 23% que relataram perdas dentais. No entanto quando o sintoma percebido era dor, 92% afirmaram necessidade de procurar um dentista. Em um modelo multivariado, a dor de dente foi a mais forte variável associada à necessidade percebida, seguida por efeitos psicossociais das doenças bucais e por perda relatada de elementos dentais. Foi observado ainda, que indivíduos com menor renda e aqueles que ficaram insatisfeitos com a última visita ao dentista tinham uma percepção mais acurada de

suas necessidades de tratamento, considerando seus sinais e sintomas, mas por razões financeiras ou mesmo de atitudes, muitas vezes não buscaram respostas para suas necessidades percebidas.

Srisilapanan & Sheiham (2001) também encontraram uma considerável diferença, especificamente a respeito da necessidade de tratamento protético, entre a avaliação normativa e socioodontológica em idosos tailandeses.

Buscando compreender melhor os fatores relacionados à autopercepção de saúde bucal de idosos, Matthias et al. (1995) realizaram um estudo correlacionando esta percepção a variáveis clínicas, sociodemográficas, medidas de saúde mental e condições físicas. Foram realizadas entrevistas por telefone e avaliações clínicas de 550 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos. A auto avaliação sobre saúde bucal não esteve estatisticamente relacionada com as variáveis idade e sexo, entretanto mostraram forte correlação com as variáveis raça e grau de instrução. Indivíduos que avaliaram sua saúde dental como ruim, tinham três vezes mais dentes perdidos, enquanto o grupo com excelente saúde bucal percebida tinham duas

vezes mais dentes cariados e restaurados. O índice CPO-D, assim como percebido também por outros autores, não esteve tão fortemente relacionado com a autopercepção quanto à medida simples do número de dentes perdidos. Os principais preditores da autopercepção de saúde bucal foram a “preocupação com os dentes” e a “aparência dos dentes”, seguidos pelo número total de dentes perdidos, raça, educação, e níveis de depressão. Indivíduos que avaliaram melhor seus dentes tiveram escores mais positivos nas questões que envolviam saúde mental, assim como aqueles com maior independência funcional. A autopercepção de saúde geral também esteve relacionada à autopercepção da saúde bucal. Os autores discutiram que pessoas idosas geralmente atribuíram valores positivos a seus dentes, apesar dos problemas ou doenças muitas vezes existentes e concluíram que a auto-avaliação de saúde pode ser então, para idosos, uma medida mais de “saúde” do que de “morbidade”, diferindo-se da avaliação normativa, que dá mais enfoque à morbidade.

Um estudo determinou a sensibilidade, especificidade e valores de predição para averiguar se questionários poderiam substituir

exames clínicos na avaliação de necessidades de tratamento em adultos, foi realizado por Robinson et al. (1998). A auto-avaliação e a avaliação profissional revelaram um idêntico número de pessoas com lesões cariosas e similar número de pessoas com necessidade de tratamento. Foi demonstrado, então, que a autopercepção não era uma medida útil para avaliar as necessidades individuais de tratamento, onde o nível de erro é menos aceitável, mas pode ser uma medida apropriada para se estimar necessidades em comunidades adultas. A taxa de erro, no contexto de grupo, além de ser mais aceitável, será menor se os erros individuais se compensarem.

Saliba et al. (1999b) realizaram um estudo sobre auto-avaliação de saúde bucal na terceira idade. Foram entrevistados 90 indivíduos, de três instituições geriátricas de Araçatuba/SP, com auxílio de um questionário, abordando aspectos gerais e específicos de saúde bucal. De acordo com os dados obtidos por estes autores, 62% dos entrevistados responderam não possuir dentes na boca, 50% usam algum tipo de prótese e, dos edêntulos, 53,3% manifestaram necessidade de fazer uso de prótese. 90% indicaram ter visitado o

dentista quando necessário, há mais de dois anos (88%), por motivo de dor (53%). O serviço comumente procurado foi o público (53,3%). Aproximadamente 40% relataram não estar satisfeito com sua condição de saúde bucal; 57% gostariam de receber atendimento odontológico. Estes autores concluíram que realmente existe necessidade sentida de receber tratamento, porém a falta de informação e motivação quanto às medidas preventivas, agravaram o estado de saúde da população idosa estudada.

Silva & Fernandes (2001) realizaram um estudo a respeito da autopercepção das condições de saúde bucal em idosos de Araraquara (SP) através do índice GOHAI e de um levantamento epidemiológico. A condição bucal dos participantes foi considerada, no levantamento, precária devido a grande quantidade de dentes extraídos (77%), à presença de apenas 11,4 dentes em média por pessoa, de bolsas periodontais profundas (34,7%) e à necessidade de uso de próteses (44,8%). Os dados subjetivos mostraram que as pessoas apresentaram precária percepção dos problemas bucais. Assim, 60,8% e 81,3% dos examinados declararam não ter nenhum problema com seus dentes ou

gengivas, respectivamente. Assim, mesmo com um CPO-D de 26,7, a maioria dos participantes (60,4%) declarou não ter nenhum problema com seus dentes, provavelmente porque a quantidade de dentes que necessitavam de tratamento era pequena (7,17% estavam cariados e 2,0% tinham extração indicada). Estes autores também discutiram que o índice CPO-D não apresentou uma associação adequada com a auto-avaliação, pois considera igualmente cariados, perdidos e obturados e os indivíduos conferiram significados diferentes a esses componentes. Portanto, neste tipo de estudo, foi conveniente realizar a análise dos componentes do índice de forma separada.

A associação entre a autopercepção de saúde bucal, o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida, em idosos, foi estudada por Locker et al. (2000). Os resultados encontrados por estes autores sugeriram que uma pobre autopercepção da saúde bucal e uma precária qualidade de vida, coexistem no mesmo grupo de idosos. Mais a frente este assunto será abordado mais profundamente.

Kiyak (1993) observou que idosos são os maiores usuários de serviços médicos, embora sejam os que menos procuram serviços

odontológicos. Apesar dos fatores sócio-econômicos se constituírem como razão importante para este achado, as predições mais poderosas, para a utilização de serviços odontológicos por idosos, foram a necessidade percebida e as atitudes frente aos cuidados com a saúde bucal.

Em idosos, a autopercepção parece ser afetada por valores pessoais, como a crença de que algumas dores e incapacidades são inevitáveis nesta fase da vida. Existem evidências convincentes de que pessoas em geral, independentemente da idade, condição dentária ou sistêmica, procuram ajuda quando eles realmente acreditam que essa lhes será disponível. É responsabilidade de todo profissional da área de saúde, principalmente odontológica, orientar e mostrar que doenças bucais, desconfortos e desfiguramentos não são uma consequência inevitável, como muitas vezes encarados, do avançar da idade (MACENTEE, 1990; KIYAK, 1993; SILVA & FERNANDES, 2001).

2.3.4 O IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA

“O mais relevante desafio enfrentado pela ciência não é o de adicionar anos à vida, e sim adicionar vida aos anos”.

O conceito de saúde começou a tomar um novo rumo quando, em 1948, a OMS definiu este termo com sendo um “completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de doenças”. Esta definição indica que a saúde envolve aspectos objetivos e subjetivos. Neste sentido, segundo Chianca et al. (1999), os índices clínicos, que estabeleceram a presença e a severidade de processos patológicos, necessitariam de serem suplementados por indicadores que captassem o aspecto social e emocional da saúde, que se referem à experiência individual e à percepção subjetiva dos estados de bem-estar físico, mental e social.

De acordo com Locker (1997), saúde pode ser definida como a “experiência subjetiva de um indivíduo acerca de seu bem estar funcional, social e psicológico”. Dolan (1993) conceituou saúde bucal como “uma dentição confortável e funcional que permite que os indivíduos exerçam sua função social” e qualidade de vida significa, segundo Raphael et al. (1994) citado por Pinto (2000), “o grau com que uma pessoa desfruta as possibilidades realmente importantes de sua existência”. Sheiham (2000) acrescenta que a verdadeira importância

atribuída à odontologia está relacionada ao grau em que os cuidados odontológicos contribuem para a qualidade de vida das pessoas.

Apesar de os problemas odontológicos na maioria das vezes não oferecerem risco de vida, eles podem influenciar significativamente a qualidade de vida dos indivíduos. O fato de nunca se ter dado muita atenção aos possíveis efeitos das desordens odontológicas sobre a saúde geral, se deve à histórica separação entre a Medicina e a Odontologia. A cavidade bucal sempre foi vista como uma estrutura anatômica autônoma, isolada do resto do corpo, apesar de estar intimamente relacionada ao indivíduo e, dependendo de suas condições, poder causar um grande impacto negativo no bem estar geral do organismo (CHIANCA et al., 1999).

Existe atualmente uma literatura substancial que relaciona saúde, saúde bucal e qualidade de vida, e muitos indicadores têm sido propostos para se detectar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Estes indicadores procuram medir com que magnitude as alterações orais comprometem o bem estar funcional, psicológico e social e complementam as medidas clínicas comumente usadas

(ATCHISON & DOLAN, 1990). As medidas subjetivas estudadas neste campo incluiriam, normalmente, segundo Chianca et al. (1999), as dimensões de dor, incômodo, estética, restrições na alimentação, na comunicação, nas relações afetivas, nas atividades diárias e no bem-estar psicológico dos indivíduos. Locker (1998) afirmou em seu estudo que os conceitos e posturas dos profissionais da área odontológica têm mudado muito em função destas recentes investigações que demonstraram que as enfermidades odontológicas afetariam, não só a saúde física, mas impuseram também uma carga significativa ao bem-estar econômico, social e psicológico dos indivíduos.

Atchison & Dolan (1990) desenvolveram o GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index) ou Índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica, uma medida de auto-relato criada para avaliar os problemas bucais de idosos. Segundo Dolan (1997) para efeitos do desenvolvimento do GOHAI, saúde bucal foi definida como sendo ausência de dor e infecção, consistindo de uma dentição confortável e funcional (natural ou protética), mas que permita ao indivíduo exercer seu papel social. Os doze itens que compõem o índice têm relação com três funções básicas: (a) física, incluindo alimentação, fala e deglutição; (b) psicológica, incluindo preocupação ou cuidado com a própria saúde bucal, insatisfação com aparência, autoconsciência relativa a saúde bucal e o fato de evitar contatos sociais devido a problemas odontológicos; (c) dor ou desconforto, considerando o uso de medicamentos para aliviar estas sensações, desde que sejam provenientes da boca. O índice, originalmente, é avaliado em cinco condições (sempre, seguidamente, às vezes, raramente ou nunca). Porém, alguns pesquisadores, têm preferido utilizar apenas três categorias de resposta (sempre, às vezes ou nunca), o que segundo Sheiham (2000) não altera a essência do índice. As pessoas entrevistadas devem responder se experimentaram

qualquer dos doze problemas, ao longo dos últimos três meses, em uma das seguintes condições: sempre (valor “1”), às vezes (valor “3”) ou nunca (valor “5”). O índice é o resultado da soma simples dos escores anotados, numa escala de 12 a 60, sendo que os escores menores indicam um impacto desfavorável dos problemas odontológicos na qualidade de vida dos sujeitos analisados (PINTO, 2000).

O GOHAI foi testado e validado em uma amostra de 1842 pessoas, com idade superior a 65 anos, em Los Angeles, EUA. Foi observado que os indivíduos dentados tinham menos problemas com a seleção de alimentos e a mastigação, menor incômodo ao se alimentarem, assim como sofriam menores impactos psicossociais do que indivíduos desdentados. Entretanto, não houve diferença entre os dois grupos no que se refere à insatisfação com a aparência e dificuldade com a fala (ATCHISON & DOLAN, 1990).

Slade & Spencer (1994) criaram o OHIP (Oral Health Impact Profile) ou Perfil do Impacto da Saúde Bucal. Trata-se de um questionário fechado, composto de 49 questões que avaliam sete escalas comportamentais: limitação funcional, dor, incômodo psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e prejuízo.

Este índice foi testado em um grupo de 122 idosos residentes em Adelaide (Austrália). As dimensões que mais afetaram a população estudada foram limitação funcional (69%) e dor (63%), seguidas por incapacidade física (44%), incômodo psicológico (30%), incapacidade psicológica (21%), prejuízo (11%) e, finalmente, incapacidade social (7%) (SLADE & SPENCER, 1994).

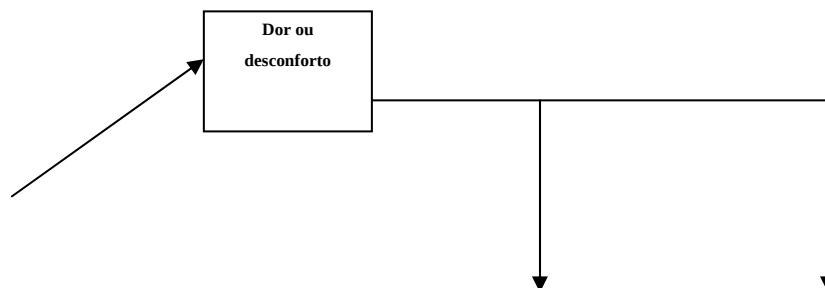
Uma versão compacta do OHIP, com 14 questões, foi posteriormente desenvolvida, mantendo os mesmos conceitos e dimensões originais. Esta nova medida, comumente identificada por OHIP-14, se mostrou válida e confiável em relação a seu precursor, o OHIP-49 (SLADE, 1997).

Mais recentemente, outra versão simplificada do OHIP, chamada OHIP-EDENT, apropriada para uso em pacientes edêntulos, foi desenvolvida e testada por Allen & Locker (2002). Segundo esses autores, o OHIP-EDENT produziu resultados similares e com menor sobreposição do que a outra versão compacta (OHIP-14) do índice.

Outro indicador socioodontológico de interesse é o DIDL (Dental Impacts on Daily Living) ou Impactos Odontológicos na Vida Diária. O questionário aborda cinco dimensões básicas relacionadas a conseqüências psicossociais: conforto, aparência, dor, performance e restrições alimentares. O questionário foi composto com 36 itens que podem ser ampliados para 42, 45 ou 47 no caso de portadores de prótese parcial, prótese

total ou ambas, respectivamente. Este instrumento foi testado no Brasil, embora não tenha envolvido populações idosas (LEÃO & SHEIHAM, 1996).

Segundo Chavers et al. (2003) para se compreender melhor como a condição bucal pode causar um impacto negativo na qualidade de vida, é necessário entender primeiro as múltiplas dimensões de saúde bucal freqüentemente referidas entre os estudiosos da área (FIG. 3). “Doenças ou danos teciduais” se referem a desordens em nível orgânico, tais como doenças ativas, lesões, danos teciduais, desordens metabólicas ou defeitos anatômicos; “Limitação funcional” conota disfunções físicas ou psicológicas, tais como incapacidade para mastigar certos alimentos; “Prejuízo” refere-se a um impedimento, conota um estado psicossocial em que as pessoas afetadas pelo dano e/ou limitação funcional não realizam seu papel social normal, como a manutenção de seus contatos ou de sua ocupação, sendo esta uma medida própria da saúde bucal relacionada à qualidade de vida (ATCHISON & DOLAN, 1990; LOCKER et al., 2002; CHAVERS et al., 2003). O QUADRO 1 mostra como estas dimensões podem ser medidas (CHAVERS et al., 2003).



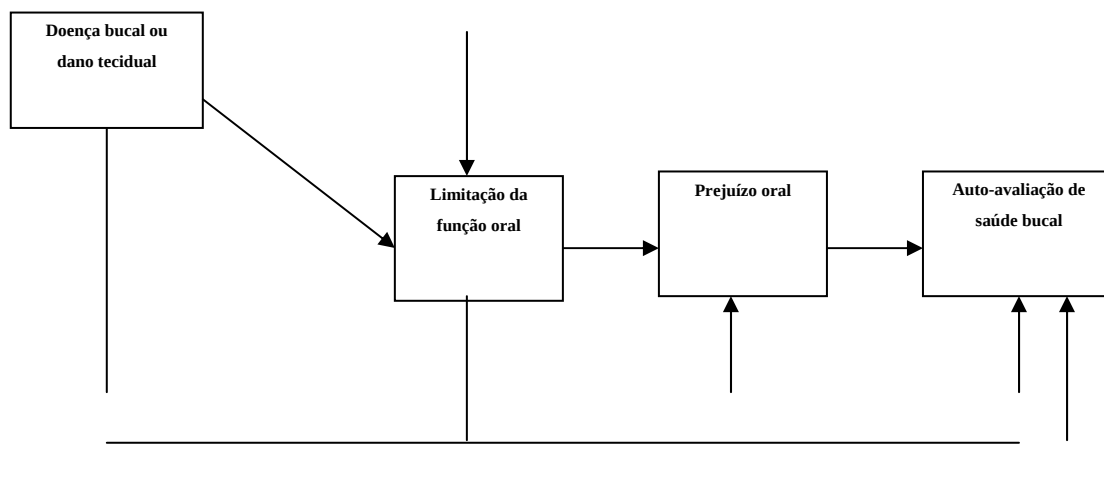


FIGURA 3 - Modelo conceitual multidimensional de saúde bucal especificando a relação entre - as dimensões de saúde oral.

Fonte: Chaves et al. (2003).

QUADRO 1

Medição de saúde bucal relacionada à qualidade de vida.

	Medidas auto relatadas de doenças/ danos teciduais		Medidas auto relatada s de dor ou desconf orto
	Dentes manchados ou com aparência ruim	Dor de dente Sensibilidade dentária	Dificuldade Dificuldade
	Mau hálito		
	Dificuldade de apreender alimentos		
	dentes/denta dura		
	Abscesso dentário		
	Cavidades		
	Dente quebrado		
	Restauração quebrada		
	Sangramento gengival		
	Inflamação ou dor gengival		
	Perda de		

Fonte: Chavers et al. (2003).

Também num esforço em quantificar a carga de “prejuízo” oral e identificar os fatores que o antecederam, Chavers et al. (2003) realizaram um estudo longitudinal, com dois anos de segmento, envolvendo 764 indivíduos dentados acima de 45 anos. Aproximadamente 50% dos participantes apresentaram “prejuízo” oral pelo menos uma vez durante os 24 meses de acompanhamento. Os antecedentes mais fortemente relacionados a esse “prejuízo” foram dor de dente e a dificuldade mastigatória. Os autores concluíram que episódios de “prejuízo” oral foram freqüentes em populações de meia idade e de idosos, ocasionando um impacto substancial na qualidade de vida desses indivíduos.

A associação entre indicadores subjetivos e a necessidade normativa de tratamento odontológico em idosos, foi estudada por Locker & Jokovic (1996), utilizando análises

estatísticas para avaliação do poder preditivo de um teste diagnóstico. Os dados foram coletados através de entrevista utilizando o OHIP, exame clínico e questionários preenchidos pelos próprios participantes contendo 15 questões de avaliação do impacto psicossocial. Embora tenha sido observada associação estatisticamente significativa entre as medidas clínicas e subjetivas, valores estatísticos tais como sensibilidade, valor preditivo positivo e razão das chances foram considerados baixos. Os autores afirmaram que apesar destas medidas serem pobres enquanto teste diagnóstico, elas poderiam identificar grupos de indivíduos cujas condições clínicas têm impacto significativo sobre a vida diária e, conseqüentemente, quem provavelmente se beneficiaria mais com o tratamento odontológico. Portanto, indicadores subjetivos de saúde complementaram, mas raramente puderam substituir indicadores clínicos tradicionais.

Mascarenhas (1999) utilizou o GOHAI na avaliação de dois grupos de idosos. O primeiro foi composto de idosos institucionalizados que não procuravam serviços odontológicos com frequência, e o segundo, composto por idosos não institucionalizados, que buscavam atendimento odontológico na Faculdade de Odontologia da Universidade de Ohaio. Os escores médios obtidos com o GOHAI foram significativamente maiores e, portanto, melhores, entre os idosos institucionalizados ($32,1 \pm 3,0$) quando comparados ao segundo grupo ($30,4 \pm 3,9$; $p=0,01$). Os escores médios do GOHAI, para todas as categorias, foram consistentemente maiores no grupo que não buscava atendimento odontológico com frequência do que no grupo que constantemente procurava por este atendimento.

Berti (2002) avaliou as condições de saúde bucal de 205 idosos, idade entre 60 e 90 anos, do município de Cascavel-PR, utilizando indicadores clínicos e o GOHAI. O CPO-D médio encontrado pela autora foi de 24,53. Vinte por cento dos entrevistados obtiveram escore no GOHAI de 12 a 24, indicando impacto desfavorável das condições de saúde bucal. Escores entre 25 e 30 foram obtidos por 49,76% da amostra, e acima de 30 por 30,24%, indicando condição regular e favorável quanto à saúde bucal, respectivamente.

Com relação à aparência, poucos estudos a avaliaram e pouco se conhece a respeito desta dimensão em populações de idosos. Matthias et al. (1993) compararam a auto-avaliação quanto à aparência dos dentes de 550 indivíduos acima de 65 anos de Los Angeles com a avaliação profissional. A análise bivariada revelou que ambas avaliações estavam estatisticamente associadas com variáveis de status dental, autopercepção de saúde e educação. Elevados escores na auto-avaliação estiveram também associados com a raça branca e com status de saúde mental positivos, enquanto altos escores na avaliação profissional, estiveram associados a pacientes mais jovens, casados e com maiores rendas. Já a análise de regressão múltipla mostrou diferentes preditores para auto-avaliação (estado civil e escores do GOHAI) e avaliação profissional (sexo e renda). Os autores discutiram que estas discrepâncias puderam

aumentar as barreiras para um efetivo plano de tratamento em idosos, podendo afetar a procura e a satisfação destes com os serviços ofertados.

Alguns estudos, além de considerarem os eventos limitantes relacionados à saúde bucal experimentados por populações, buscaram também conhecer o grau de descontentamento com que esses eventos são encarados, ou seja, a preocupação individual causada por eles.

Rosenoer & Sheiham (1995) encontraram uma pobre associação entre satisfação com os dentes e o número de dentes presentes. Foi encontrada uma pequena diferença no status de satisfação e o número de pares de oclusão funcional posterior. Em geral, aqueles com maiores números de pares de molares e pré-molares eram mais satisfeitos com seus dentes. Embora não tenha sido encontrada significância estatística, foi observada uma forte tendência de aumento do status de satisfação com a diminuição de impactos ou impedimentos relacionados à boca nas atividades de vida diária, que por sua vez, aumentou, a medida que aumentou o CPO-D. Steele et al. (1997) chegaram a resultados semelhantes e acrescentaram que muitos dos princípios do Arco Dental Encurtado foram consistentes com uma boa função e satisfação em idosos.

Jokovic & Locker (1997), encontraram, em 907 idosos do Canadá, 14,3% insatisfeitos com a capacidade mastigatória, 21,6% descontentes

com a aparência de seus dentes ou próteses e 5,6% insatisfeitos com a impossibilidade de falar ou pronunciar claramente as palavras. Aproximadamente 31% dos entrevistados manifestaram insatisfação com um ou mais desses aspectos da saúde bucal. Edêntulos mostraram-se mais descontentes do que dentados quanto à capacidade mastigatória e de pronunciar palavras, entretanto, não houve diferença quanto à insatisfação relacionada à aparência dos dentes e/ou próteses. Entre os dentados, os que usavam próteses parciais removíveis estiveram mais insatisfeitos do que aqueles que não as usavam.

A relação entre perda de dentes, capacidade mastigatória, seleção de alimentos e status nutricional têm sido também avaliada em alguns estudos. Este assunto é particularmente relevante, pois como já visto, entre idosos, a perda de dentes e o edentulismo são bastante freqüentes, o que conduz a uma diminuição da capacidade mastigatória. O declínio da eficiência mastigatória parece produzir determinadas mudanças na eleição dos alimentos consumidos. O tipo de dieta consumida acarreta, muitas vezes, alterações sistêmicas relevantes (JOSHIPURA et al., 1996; WALLS et al, 2000; SHEIHAM et al., 2001; MARCENES et al., 2003).

Joshapura et al. (1996) realizaram um estudo longitudinal, através de questionários, envolvendo 49.501 profissionais de saúde do gênero masculino (58% eram cirurgiões-

dentistas), com idade entre 40 e 80 anos. A incidência de edentulismo ao final do estudo, foi maior entre os grupos de indivíduos fumantes, com doença periodontal prévia, os indivíduos não cirurgiões-dentistas e entre aqueles com idades mais avançadas. Foi também observado, ao longo dos quatro anos de segmento, que a perda dos dentes realmente conduziu a mudanças na dieta. Os dados encontrados revelaram que, quanto menor o número de dentes presentes, menor o consumo de vegetais, fibras, caroteno, e maior o consumo de calorias, colesterol e gorduras saturadas ($p < 0,01$). Esta associação foi ainda mais evidente e estatisticamente significativa quando o grupo de indivíduos edêntulos foi comparado ao grupo de indivíduos com 25 ou mais dentes presentes. Segundo os autores, estes fatores contribuíram para um maior risco de câncer e doenças cardiovasculares. Quanto ao consumo de vitamina C e frutas, não houve diferença estatística relacionada ao número de dentes presentes.

Walls et al. (2000), em um artigo de revisão da literatura, encontraram evidências de que a diminuição do número de dentes, mesmo com o uso de próteses parciais removíveis, acarretou uma redução na eficiência mastigatória, quando comparado a número

equivalente de dentes naturais; assim como o uso de próteses totais, quando comparado à dentição natural.

A redução na ingestão de fibras, frutas e vegetais e o aumento no consumo de colesterol e gorduras saturadas parecem aumentar o risco de doenças cardiovasculares. Por outro lado, fortes associações têm sido encontradas entre aumento da ingestão de frutas, vegetais, caroteno e vitamina C e redução do risco de câncer. A diminuição no consumo de vitamina C parece estar associada à catarata, bem como a diminuição da ingestão de fibras com o aumento do risco de adenoma de cólon e reto. Além destas associações específicas, a literatura revela que a desnutrição é considerada um problema em idosos, particularmente naqueles que são admitidos em hospitais. Pessoas desnutridas têm pior recuperação e costumam permanecer mais tempo internadas. A habilidade mastigatória pode ter alguma relação com estes problemas (WALLS et al., 2000).

Alguns estudos utilizaram os dados do levantamento epidemiológico realizado no Reino Unido (British National Diet and Nutrition Survey – NDNS), cuja finalidade foi avaliar a relação entre saúde bucal, ingestão de

nutrientes e estado nutricional. Uma amostra representativa de idosos institucionalizados e não institucionalizados, foram examinados e entrevistados, bem como foi recolhido dos participantes um diário dietético preenchido durante quatro dias. Além disso, amostras de sangue e urina foram coletadas. Foi demonstrado que indivíduos institucionalizados ingeriam menor quantidade da maioria dos nutrientes, com exceção de carboidratos, açúcares não lácteos e cálcio. Dentre idosos não institucionalizados, a ingestão da maioria dos nutrientes foi menor nos indivíduos edêntulos do que nos indivíduos dentados. A ingestão de polissacarídeos não-amido (fibras), proteínas, cálcio e ferro não-hemoglobínico, niacina e vitamina C foram significativamente menores em indivíduos desdentados. Idosos com 21 ou mais dentes consumiam mais a maioria dos nutrientes, particularmente, polissacarídeos não-amido. Essa relação não foi confirmada por exames hematológicos. Ascorbato e retinol plasmáticos (que indicam os níveis plasmáticos de vitamina C e A, respectivamente) foram os únicos nutrientes significativamente associados com o status dental. Em idosos institucionalizados, por exemplo, o nível sérico de vitamina C foi $31\mu\text{mol/l}$ entre indivíduos dentados e $11,4\mu\text{mol/l}$ entre os edêntulos (SHEIHAM et al., 2001; MARCENES et al., 2003).

Sheiham et al. (2001) afirmaram que a relação entre status dental e níveis séricos de vitamina C em idosos parece ser verdadeira e potencialmente importante para a saúde geral destes indivíduos. Este achado pode estar associado tanto ao menor consumo de alimentos que contêm este nutriente, como vegetais e frutas, como também com a forma como foram consumidos. Parece existir uma tendência, entre os indivíduos com deficiências mastigatórias, ao cozimento desses alimentos com a intenção de torná-los mais macios. O processo de cozimento parece diminuir consideravelmente a quantidade de vitamina C presente nos alimentos.

Marcenes et al. (2003) afirmaram ainda que entre indivíduos edêntulos não institucionalizados, 50% tinham dificuldade ou não conseguiram mastigar maçãs. Amendoim (42%), cenoura (41%), carne bem passada (33%), tomates (20%), alface (17%) foram também considerados alimentos difíceis de serem consumidos entre indivíduos edêntulos. Quando comparados a indivíduos dentados, os edêntulos tiveram uma dificuldade significativamente maior em comer determinados alimentos. Entre os indivíduos dentados, o número de

dentes presentes, bem como o número de pares oclusais posteriores, afetaram significativamente a habilidade em comer determinados alimentos.

Dados do estudo coorte sobre a saúde bucal de idosos, realizado em Ontario, Canadá, foram analisados por Locker (2002) com o objetivo de observar as mudanças na capacidade mastigatória de indivíduos com idade acima de 50 anos. Em geral, durante os sete anos de segmento, houve uma diminuição na capacidade mastigatória, que por sua vez, acarretou uma maior insatisfação e na manifestação de maiores relatos de impactos psicossociais. Os escores a respeito destas mudanças relacionadas ao tempo foram significativamente menores no grupo de indivíduos dentados com idade até 64 anos e significativamente maiores entre os indivíduos edêntulos com idade igual ou superior a 65 anos. Considerando especificamente este último grupo, a prevalência de problemas mastigatórios passou de 60,9% para 87%, enquanto a taxa de insatisfação aumentou de 21,7% para 39,1%, no início e ao final dos sete anos observados, respectivamente. Neste período, 56,5% dos idosos edêntulos relataram algum impacto

psicossocial relacionado à capacidade mastigatória. Outro estudo realizado por Locker et al. (2002), utilizando esta mesma amostra, mostrou ainda que a presença de um quadro precário de saúde geral ao início do estudo esteve associada com o aumento do risco de disfunções mastigatórias e com a diminuição na capacidade de recuperação desses problemas.

A importância de se estudar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos se deve à busca de um melhor entendimento dos aspectos sociais e emocionais da saúde, permitindo aos profissionais da área odontológica estarem mais conscientes das necessidades da população podendo, desta forma, oferecer serviços adequados e direcionados a tais necessidades (CHIANCA et al., 1999).

3 OBJETIVOS

Mais vale o impreciso que embala, do que o certo que basta. Porque o basta acaba onde basta. E onde acaba não basta. E nada que se pareça como que basta deveria ser o sentido da vida”

Fernando Pessoa

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Avaliar o perfil e as condições de saúde bucal de idosos institucionalizados residentes no Recanto Nossa Senhora da Boa Vigem, sob o ponto de vista do profissional e do próprio idoso;

3.2 ESPECÍFICOS

- Avaliar e conhecer as condições de saúde bucal e o perfil das demandas odontológicas existente na população estudada;
- Avaliar a autopercepção das condições de saúde bucal dos idosos e analisar que fatores interferem nesta percepção;
- Avaliar qual o impacto das condições bucais na qualidade de vida desta população;
- Conhecer os fatores que conduziriam à satisfação e ao alcance de qualidade na percepção dos pacientes avaliados.

4 METODOLOGIA

“Imputa-se ao idoso uma imagem para que ele a assuma. Uma imagem que lhe impõe a condição de coisa desvalida (...) Impõe-se uma miséria material e cultural como norma. Desse modo, lutar pelo velho, significa lutar por todos nós; colocando em pauta uma reivindicação radical: “mudar a vida”, para

*que os homens sejam tratados como homens e não
como coisas.*

*Há necessidade de ouvir o idoso, pois esta condição
é uma fase da vida, e não um estado de
mendicância”.*

Edson Tin

4 METODOLOGIA

Este estudo epidemiológico transversal foi realizado através de um inquérito epidemiológico para aferição das necessidades normativas de tratamento odontológico e de uma entrevista estruturada para verificação das necessidades sentidas e do impacto das condições bucais na qualidade de vida dos sujeitos da pesquisa.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Para a seleção da instituição foram realizadas visitas aos lares para idosos de Belo Horizonte que continham uma população residente mais numerosa (acima de 60 idosos). O Recanto Nossa Senhora da Boa Viagem foi a instituição selecionada para este estudo por motivos de conveniência, tendo se mostrado administrativamente organizado, favorável ao estudo, com 75 idosos residentes de diferentes classes sociais (FIG. 4).



FIGURA 4 - Visão panorâmica do Recanto Nossa Senhora da Boa Viagem.
Cortesia: de Wellerson Luis de Paula Gomes.

Este estudo contemplou toda a população de idosos residentes no Recanto Nossa Senhora da Boa Viagem. Esta instituição filantrópica é um abrigo para idosos, sem fins lucrativos, mantida pela Fundação Obras Sociais da Paróquia da Boa Viagem. Ocupa uma área de 175.000 m² e se localiza na Estrada de Santa Luzia – KM 14, onde, no passado, funcionava o conhecido Sanatório para Tuberculosos Hugo Werneck. Essa construção histórica é a razão de seu isolamento geográfico, bem como das instalações e do tipo de construção encontrada no local.

Uma autorização para a realização deste trabalho foi concedida pelo Superintendente Geral da Fundação Obras Sociais da Paróquia da Boa Viagem e Responsável Geral pelo Recanto (APÊNDICE C). Neste documento, além da autorização para a realização desta pesquisa, firmaram-se também algumas responsabilidades da Fundação com relação a este estudo.

Existe no Recanto uma proposta de disponibilizar suas instalações para a população de idosos não institucionalizados residentes em suas redondezas, com a finalidade de estender a assistência e favorecer a sociabilização dos idosos através de atividades de lazer e cultura. Por este motivo, inicialmente tinha-se como propósito para este trabalho avaliar também esta população de idosos não-institucionalizados freqüentadores do Recanto. Entretanto, infelizmente, este projeto não foi implantado em tempo hábil e, portanto, não

pudemos ter acesso a esses outros indivíduos. Além disso, a princípio tinha-se o propósito de estudar Resolutividade ao se propor uma assistência em saúde bucal a ser implantada. Este propósito foi substituído pelo de se estudar o impacto das condições bucais na qualidade de vida, aprofundando mais nossa discussão com relação à população a que tivemos acesso. Por estes motivos o título do trabalho encontra-se alterado no APÊNDICE C e no ANEXO A. Apesar destas modificações, a metodologia proposta inicialmente não foi afetada.

4.2 AMOSTRA

Para a realização do inquérito epidemiológico (exame clínico), foram selecionados todos os idosos residentes na instituição (universo), desde que preenchessem os critérios de inclusão/exclusão. Para esta etapa do estudo, o critério de inclusão se limitou à aceitação da participação na pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte do idoso capacitado civil (APÊNDICE D) ou de seu representante legal, no caso de idoso incapacitado civil (APÊNDICE E). Os critérios de exclusão se referiram à não concordância na participação da pesquisa pelo idoso ou seu representante legal, falta de condições de ser realizado exame por parte do examinado (excessiva agressividade, agitação), impossibilidade de receber orientações básicas e nos casos de doentes terminais.

A entrevista estruturada foi realizada com todos os idosos em condições de participação. O critério de inclusão se tornou, nesta etapa da pesquisa, mais rígido, já que havia necessidade que o entrevistado tivesse condições cognitivas suficientes para responder às questões (ter capacidade de compreensão e comunicação, além de concordar em participar do estudo). Para a realização desta seleção, a pesquisadora contou com a ajuda e colaboração do psicólogo responsável pelo Recanto, bem como de outros funcionários responsáveis pelas alas existentes na instituição e que mantinham um contato mais direto e constante com os idosos. Estes, em conjunto e em comum acordo, informaram quais idosos estariam aptos a responder por si e a responder as questões da entrevista estruturada, assim como indicaram aqueles que mantinham um grau de demência ou episódios de delírio e que, portanto, foram excluídos da entrevista, participando apenas

da etapa de exame clínico. Por estes motivos, o número de idosos participantes da entrevista estruturada foi inferior ao número de idosos participantes da fase de inquérito epidemiológico.

Vale aqui enfatizar que a exclusão da pesquisa não implica, em nenhuma instância, na exclusão do encaminhamento para tratamento, desde que os sujeitos excluídos possuam interesse em recebê-lo.

4.3 OBTENÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Após a obtenção do consentimento e autorização por parte da instituição e a pedido da mesma, foi enviada uma carta informativa (APÊNDICE F) a respeito da pesquisa aos familiares de todos os idosos residentes no Recanto. O objetivo deste documento foi deixar os familiares cientes do estudo e esclarecer alguns objetivos e pontos metodológicos do mesmo.

Um contato por telefone foi realizado pela pesquisadora exclusivamente com os familiares de idosos incapacitados civil, no qual outros esclarecimentos foram feitos e lhes foi solicitado o consentimento por escrito para inclusão na pesquisa do idoso sob sua responsabilidade. Neste telefonema, os familiares foram informados que durante um período de trinta dias estaria disponível nas secretarias do Recanto e da Fundação um documento de autorização que deveria ser assinado para que o idoso pudesse participar deste estudo, caso contrário, o mesmo seria excluído. Desta forma, quando o familiar se encaminhasse ao Recanto para visitas ou à Fundação para pagamento, poderia receber e assinar autorizando ou não a participação do idoso neste trabalho.

A obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte do idoso capacitado civil foi realizada diretamente com os mesmos, no início da fase de coleta de dados.

4.4 ESTUDO PILOTO

Três estudos pilotos em outras instituições filantrópicas para terceira idade de Belo Horizonte foram realizados para teste e acerto dos instrumentos utilizados. Cada um contou com a participação de 5 a 10 idosos escolhidos por conveniência dentre os que preencheram os critérios de inclusão.

Inicialmente o instrumento utilizado para o inquérito epidemiológico foi a Ficha de Avaliação da Saúde Bucal da OMS (1999), retirando-se apenas alguns itens considerados irrelevantes para este estudo, tais como avaliação acerca de fluorose e maloclusão. Porém, após a realização dos estudos pilotos, algumas outras modificações e adaptações foram realizadas. A avaliação clínica extra bucal, as condições da mucosa bucal e suas localizações foram mantidas nos moldes da Ficha de Avaliação da OMS. Já as avaliações das condições periodontais, dentária, uso de próteses e necessidades de tratamento sofreram adaptações, embora ainda baseadas naquela Ficha. Além disso, foram acrescentados itens considerados relevantes e comumente usados em geriatria, dentre eles a avaliação da locomoção, capacidade de realizar as Atividades de Vida Diária (AVD), hábitos, convívio com a família, uso de medicamentos e higiene oral. Após a realização destas modificações, este novo instrumento foi testado e foi confirmada sua eficácia para os objetivos pretendidos (APÊNDICE A).

O instrumento para a entrevista estruturada inicialmente era composto de duas partes. Na primeira era utilizado o GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index) ou Índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica, de Atchison & Dolan (1990), que é um instrumento validado internacionalmente, que avalia o impacto das condições bucais na qualidade de vida. A segunda parte foi composta de uma entrevista própria baseada em Atchison & Dolan (1990), Leão & Sheiham (1995) e Slade & Spencer (1994) para verificar as necessidades sentidas de atendimento odontológico e dados orientadores para a organização deste atributo.

No entanto, após a realização dos estudos pilotos, optou-se por não mais se utilizar o GOHAI pois, devido às diferenças culturais e sociais nos pareceu inapropriado às características da população estudada. Além das questões terem sido consideradas difíceis e pouco claras para os idosos entrevistados, por conter questões extremamente objetivas, foi verificado também que o mesmo parecia direcionar ou mesmo influenciar as respostas, não permitindo observar se as condições bucais estariam de fato causando impacto na qualidade de vida dos sujeitos entrevistados. O mesmo foi então substituído por questões elaboradas pelos próprios pesquisadores, menos diretas, mais discursivas e ligadas a

hábitos comuns em nosso país como conversar e cantar, colocadas de maneira aleatória ao longo da entrevista. Estas questões possuem o mesmo propósito do GOHAI, ou seja, a análise de informações proporcionadas pelos pacientes quanto à influência que sua condição de saúde bucal tem em relação a três funções básicas: (a) física, incluindo alimentação, fala e deglutição; (b) psicológica, incluindo preocupação ou cuidado com a própria saúde bucal, insatisfação com aparência, autoconsciência relativa à saúde bucal e o fato de evitar contatos sociais devido a problemas odontológicos; (c) dor ou desconforto, considerando o uso de medicamentos para aliviar estas sensações, desde que fossem provenientes da boca. Desta forma, o objetivo foi mantido embora a forma de abordagem tenha sido alterada. Por exemplo, ao invés de perguntar ao paciente se “sentiu desconforto ao alimentar-se em frente a outras pessoas devido a problemas com seus dentes ou prótese” conforme preconizado no GOHAI optou-se por “você teria algum problema em se alimentar em um restaurante? Por que?” Ou ainda ao invés de “limitou seus contatos com outras pessoas devido às condições de seus dentes ou próteses?” por “você conversa muito com outras pessoas? Você gosta?”. Desta forma, utilizando situações corriqueiras em nosso país como cantar, falar ou conversar ficou mais fácil o entendimento das questões por parte dos idosos. Além disso, se determinada condição bucal representasse problema para um indivíduo seria bastante provável que ele a revelasse, mesmo sem ser abordado diretamente sobre a existência ou não deste problema.

Após a realização das modificações acima referidas e mantendo-se a segunda parte da entrevista, o instrumento foi novamente testado (terceiro piloto) e sua eficácia para este estudo foi verificada. A versão final deste instrumento pode ser vista no APÊNDICE B.

4.5 COLETA DE DADOS

A fase de coleta de dados foi realizada em dois momentos. Inicialmente foi realizada a entrevista estruturada e num segundo momento, o inquérito epidemiológico. Esta sequência foi assim determinada com a finalidade de que o idoso, durante a entrevista, não estivesse, de nenhuma forma, influenciado por qualquer comentário realizado durante o exame clínico.

4.5.1 Aplicação das entrevistas estruturadas

As entrevistas foram aplicadas e anotadas na íntegra pela pesquisadora exclusivamente. Os idosos entrevistados foram selecionados segundo os critérios de inclusão e exclusão já citados para esta etapa da pesquisa. Embora não se trate de um estudo qualitativo, algumas questões discursivas foram mantidas, pois foi verificado, durante a realização do piloto, que suas respostas eram bastante objetivas e poderiam enriquecer em muito este trabalho. Portanto, optou-se por se criar categorias para estas respostas somente após o término da coleta de dados e a partir das respostas encontradas. Abaixo estão relacionadas estas questões discursivas e a forma como foram categorizadas.

Questão 2: O que mais te incomoda em sua boca atualmente?

As categorias criadas a partir das respostas encontradas foram:

- Nada: nenhum incômodo relatado;
- Desconfortos relacionados à mastigação e a falta de dentes;
- Problemas com a prótese que possui (prótese quebrada, prótese antiga, prótese desadaptada);
- Necessidades de tratamento: quando o entrevistado pôde definir objetivamente sua necessidade de tratamento odontológico (dentes para extração, necessidade de restaurações, necessidade de colocação de prótese, entre outros);
- Dor e outros incômodos: percebidos de maneira mais subjetiva (queimação, dente quebrado, dente gasto, alimentos retidos entre os dentes, dor e sangramento gengival, gosto e cheiro desagradável, problemas relacionados à estética, entre outros).

Questão 9: Você teria algum problema em se alimentar em um restaurante? Por que?

Questão 13: Você conversa muito com outras pessoas? Você gosta?

Questão 16 e 17: Você acha bom cantar? Tem alguma coisa que te atrapalha cantar?

O objetivo das questões acima referidas foi perceber, sem induzir, se o indivíduo teria algum problema relacionado à cavidade bucal ao se alimentar em público, ao conversar, se relacionar com terceiros, ao cantar e pronunciar as palavras. Portanto as categorias criadas foram:

- Existência de problema relacionado à cavidade bucal; ou
- Inexistência de problema relacionado à cavidade bucal.

Questão 10: Você tem costume de comer estes alimentos?

Nesta questão foram listados onze alimentos e o objetivo foi perceber se o indivíduo deixa de ingerir algum deles devido à mastigação deficiente. As categorias criadas foram as seguintes:

- Sim: costuma comer determinado alimento sem problemas;
- Alternativa: quando o entrevistado relata que não consegue comer determinado alimento de forma convencional, mas já adaptado a sua mastigação deficiente, consegue uma forma alternativa para consumi-lo, como, por exemplo, amolecendo-o em líquidos, cortando-os em pedaços bem pequenos, engolindo-os inteiramente, triturando-os, amassando-os, raspando-os, entre outros;
- Não, devido à condição bucal: quando o entrevistado afirma ter realmente deixado de consumir determinado alimento por impossibilidade de mastigá-lo;
- Não, por outros motivos: quando o alimento não é consumido por qualquer outro motivo (porque não gosta, porque na instituição não lhe servem, porque é diabético, porque está de dieta, porque faz mal, entre outros).

Questão 11: Se alguém tirar uma fotografia sua, você prefere aparecer sorrindo ou sério?

O objetivo aqui foi perceber se o indivíduo possuía algum constrangimento em mostrar seu sorriso devido à aparência de sua boca. Portanto, as categorias criadas foram as que se seguem:

- Sorrindo;
- Sério, por constrangimento com a aparência do sorriso;
- Sério, por outros motivos.

Questão 20: Para você, um bom dentista precisa ter que qualidades principais? Aponte as três qualidades mais importantes para você?

Questão 21: Para você, quais os três piores defeitos que um dentista nunca deveria ter?

Como estas duas questões são antagônicas, as categorias de respostas criadas servem para ambas, porém no segundo caso se refere à falta ou ausência da característica em questão.

- Competência técnica: nesta categoria foram agrupadas respostas relacionadas à competência, habilidade, estudo, número de sessões, materiais e equipamentos modernos, equipe auxiliar competente e higiene;
- Habilidades no Relacionamento: nesta categoria foram agrupadas qualidades tais como carinhoso, atencioso, que conversa e explica, disponível, acessível, que não atrase e não falte; e defeitos como ser grosseiro, bruto, que não converse ou explique;
- Valores morais: nesta categoria foram agrupadas qualidades como honestidade, respeito no sentido de não seduzir pacientes, ética profissional; e defeitos como desonestidade, desrespeito, seduzir pacientes, falta de ética, entre outros.
- Custo.

Para algumas questões objetivas, que já possuíam categorias determinadas previamente, foi deixado um espaço no instrumento para subscrever falas e justificativas relativas às respostas dadas. O objetivo único deste foi ilustrar o trabalho com comentários e explicações realizadas pelos entrevistados.

4.5.2 Inquérito Epidemiológico

Para a obtenção dos dados de condições bucais e necessidades de tratamento da população estudada, foi realizado um inquérito epidemiológico.

Todos os exames foram realizados pela pesquisadora que contou com a ajuda de um anotador treinado e de um Patologista Bucal para diagnóstico das lesões de mucosa. Foram utilizados materiais descartáveis, tais como luvas, máscara, gorro, palitos afastadores e compressas de gaze. Para facilitar a visualização foram também utilizados espelhos clínicos e, quando necessário, uma higienização rápida da boca feita com gaze embebida em solução de clorexidina manipulada a 0,2% (LOE & SCHIOTT, 1970 citados

por LINDHE, 1992) realizada por conveniência para facilitar a visualização de elementos dentais. O exame foi realizado em um cômodo fechado (sala da enfermagem existente em cada ala), com iluminação artificial feita com uma lanterna (tipo minerador – Micro Petzl) fixa na cabeça do examinador, estando o examinado sentado e o examinador em sua frente (FIG. 5). Este local de exame foi escolhido por conveniência, pois facilitava o acesso dos idosos (próximo aos quartos) e facilitava o acesso da pesquisadora aos prontuários dos pacientes que se encontravam arquivados neste local. Além disso, trata-se de um local bastante arejado e iluminado. Nos casos de idosos impossibilitados ou com dificuldades de locomoção até o local definido para a realização dos exames, o mesmo foi, então, realizado em seu dormitório, com o paciente deitado em seu leito, tentando com auxílio de travesseiros, manter a condição do exame o mais constante possível.



FIGURA 5 -

Condições em que foram

Os prontuários médicos dos idosos foram consultados para o preenchimento dos itens idade, data de nascimento, estado civil e medicamentos em uso. Os medicamentos em uso foram, após a coleta de dados, classificados segundo o Guia dos Remédios (1999) em cinco grandes grupos, de acordo com suas indicações: 1-Hipertensão/Diuréticos; 2-Ansiedade/sono; 3-Problemas cardiovasculares; 4-Medicamentos para o Sistema Nervoso

O item valor da contribuição mensal, pago pelo idoso e/ou seus familiares à instituição foram obtidos segundo os registros dos mesmos encontrados na Secretaria da Fundação. Este dado é relevante, pois indica a classe social a que o idoso pertence, uma vez que este valor é cobrado de acordo com o padrão econômico do sujeito e com os confortos pretendidos em sua permanência no Recanto. Estes privilégios se referem principalmente a quartos individuais ao invés de duplos ou coletivos, ao tipo de refeição fornecida e ao acompanhamento mais individualizado ao idoso por parte dos cuidadores. Uma das alas existente no Recanto, denominada Casa São José, é inclusive afastada geograficamente do Prédio do Recanto. Lá residem os idosos que contribuem com valores mais significativos e, portanto, recebem uma atenção mais personalizada.

QUADRO 2

LOCOMOÇÃO: Acamado: sem marcha Marcha com Auxílio: de terceiros, de órteses; Marcha livre: não necessita nenhum auxílio para locomoção.	CONVIVE COM A FAMÍLIA: Sim: manteve qualquer contato com alguém da família nos últimos 3 meses, independente da frequência; Não: não houve nenhum contato com ninguém da família nos últimos 3 meses.
ATIVIDADES DIARIAS: Independente: não necessita auxílio para realizar higiene pessoal, banho, alimentação, vestuário e locomoção; Parcialmente Dependente: necessita auxílio ou supervisão para exercer pelo menos uma das atividades descritas acima;	HIGIENE ORAL: Suficiente: placa e/ou cálculo visivelmente ausentes ou presentes em quantidade aceitável na boca e/ou prótese; Insuficiente: placa e/ou cálculo em quantidade excessiva (acúmulo grosseiro) na boca e/ou prótese.
CONDIÇÕES PROTÉTICAS: 0= Sem necessidade de prótese removível: presença de todos os dentes ou no mínimo de pré a pré ininterruptamente e passíveis de serem mantidos: #Sem fraturas #boa retenção #Todos os fa BEM ADAPTADA dentes ausentes	Cálculo: visível Edema: visível Mobilidade: acentuada e facilmente percebida Supuração: visível Hígido: sem cavidade, manchado ou não Cariado: com cavidade visível, restaurado ou não. Marcar de acordo com a localização da lesão (C=coroa; R=raiz) Restauração Satisfatória: sem necessidade de troca, mesmo que necessite polimento. Restauração Insatisfatória: que necessita substituição (fratura, queda, acentuada alteração de cor, forma excessivamente inadequada), mas sem sinais clínicos de recidiva de cárie Extração Indicada: resto radicular, mais de 2/3 de perda de coroa. Extraído: dente perdido provavelmente por cárie. Traumatismo/desgaste: fratura evidente e desgaste evidente Restauração Direta: necessidade de restauração plástica (amálgama ou resina)

PRÓTESE:

Não tem: não possui prótese removível independente da razão e independente se necessita ou não;

Tem e usa: possui e utiliza algum tipo de prótese removível;

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada uma análise descritiva dos dados com auxílio de uma planilha montada no programa Epiinfo 6.0. Para as questões dissertativas, foram criadas categorias de respostas, conforme explicado anteriormente. Algumas respostas relatadas foram também utilizadas para ilustrar e justificar alguns dados quantitativos obtidos. Para testar a existência de associação estatística entre autopercepção e algumas variáveis clínicas, sociodemográficas e relacionadas ao impacto psicossocial, foram utilizados os testes de Kruskal-Wallis, qui-quadrado e análise de variância de um critério, utilizando-se para tanto, o programa estatístico SSPS®.

4.7 QUESTÕES ÉTICAS

Por se tratar de um estudo envolvendo humanos, todos os preceitos da bioética foram criteriosamente seguidos. Teve-se o cuidado de obter o consentimento por escrito da instituição e de todos os participantes ou de seus responsáveis legais (no caso dos incapacitados civis), de forma livre e esclarecida.

Todos os problemas e/ou necessidades encontrados serão sanados e todos terão acesso garantido ao tratamento adequado através do encaminhamento destes pacientes ao Projeto de Extensão Atenção Básica ao Idoso da Faculdade de Odontologia da UFMG ou ao serviço odontológico da Fundação Boa Viagem, que se encontram em fase de organização. A instituição se comprometeu, através do acordo firmado por escrito (APÊNDICE C), a garantir o transporte dos pacientes que necessitem tratamento. Vale enfatizar novamente que a exclusão da pesquisa não implica em exclusão ao tratamento.

Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP-UFMG) para apreciação e foi aprovado sob o parecer número 022/03 (ANEXO A).

4.8 LIMITES DO ESTUDO

Os limites desta pesquisa se fazem pelo próprio desenho do estudo. Os resultados são representativos das pessoas estudadas, sendo limitada a generalização para toda a população de terceira idade institucionalizada do município de Belo Horizonte.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Era contraditório. Seu sorriso era a expressão do fracasso da profissão que escolhi.

Mas era um sorriso.
Denunciava a inevitável perda da dimensão vertical,
o nariz parecia caído e o queixo parecia maior,
quase se encontrando ao se juntarem os maxilares.
Mas era um sorriso”.

Angelo Giuseppe Roncalli

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO

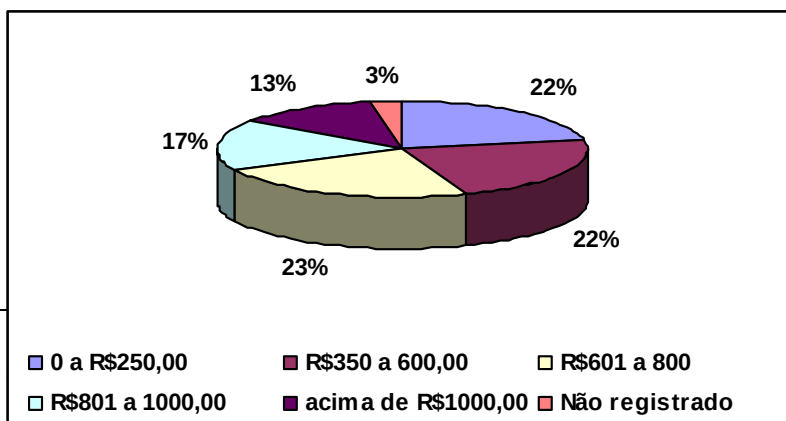
Dos 75 idosos residentes no Recanto Nossa Senhora da Boa Viagem à época da coleta de dados, 72 foram incluídos neste estudo. O exame clínico foi realizado em todos os participantes, enquanto a entrevista estruturada foi realizada com 45 idosos, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão já citados para cada etapa desta pesquisa.

Com relação à idade, 29 (40,3%) possuíam mais de oitenta anos, 25 (34,7%) de 71 a 80 anos, 13 (18%) de 61 a 70 anos, enquanto somente 4 (5,6%) possuíam menos de 60 anos. Portanto, 75% dos sujeitos analisados possuíam mais de 71 anos. Não foi encontrado registro a respeito da idade de um único participante. Chaimowicz & Greco (1999) também encontraram maior prevalência de idosos com idades mais avançadas, principalmente do gênero feminino, residindo em instituições de longa permanência de Belo Horizonte.

De fato, houve grande predomínio do gênero feminino (62,5%) sobre o masculino (37,5%). Este achado está de acordo com os dados demográficos da cidade de Belo Horizonte para populações com idade acima de 60 anos (CUNHA et al., 1985; CHAIMOWICZ & GRECO, 1999; IBGE, 2002), que também apresentaram maior prevalência de mulheres

(acima de 70%) em populações de idosos acima de 60 anos neste município.

Para se estimar a situação sócio-econômica dos sujeitos analisados, foram coletados os registros das contribuições mensais pagas pelos idosos e/ou seus familiares à instituição. Os valores encontrados foram bastante heterogêneos, variando de zero (nenhuma contribuição) até o valor máximo de R\$ 1874,00*, indicando a coexistência de diferentes classes sociais na instituição. Como anteriormente citado, o valor pago mensalmente à instituição possui relação direta com o grau de benefícios obtidos ou pretendidos. Somente 12,5% contribuíam com valores acima de R\$1000,00, como mostra o GRAF. 1. Dezesseis idosos (22,2%) tinham suas contribuições abaixo de R\$ 250,00, provavelmente pagos com a própria aposentadoria do idoso, muitas vezes requisitada após o ingresso no Recanto. Além disso, todos os idosos que não mantinham nenhum contado com a família se encontraram nesta categoria de contribuição relativamente baixa ou inexistente.



* Salário mínimo

zembro/2003)

GRÁFICO 1 - Distribuição percentual dos idosos segundo os valores de contribuição mensal pago à instituição. Idosos residentes em uma instituição geriátrica de Belo Horizonte - 2003.

Quanto à capacidade de realização das Atividades de Vida Diária - AVDs (alimentação, higiene, vestuário, banho e locomoção) 38,9% eram independentes, 30,6% parcialmente dependentes e 30,6% dependentes. Vale enfatizar que o critério utilizado neste tipo de classificação se refere à capacidade ou não de realizar sozinho estas atividades, independentemente da qualidade em que são realizadas. Com relação à locomoção especificamente, 29,2% eram acamados, 16,7% possuíam marcha somente com auxílio e 54,2% possuíam marcha livre. Este achado está próximo do encontrado por Cunha et al. (1985), que num levantamento em asilos de Belo Horizonte, encontraram 42,2% da amostra com distúrbios de mobilidade e 54,2% necessitando de ajuda para realização das tarefas diárias. Foi observada também, uma nítida tendência de aumento de indivíduos acamados com o aumento da idade; 47,6% dos acamados tinham idade superior a 80 anos, 23,8% de 71 a 80 anos, 14,3% de 61 a 70 e somente 9,5% dos acamados possuíam idade inferior a 60 anos. Chaimowicz (1997) também relatou que a proporção de indivíduos que apresentam deficiências e dependências

aumenta de acordo com a idade, e segundo este autor, as questões da capacidade funcional e autonomia do idoso podem ser mais importantes que a própria morbidade, pois se relacionam diretamente à qualidade de vida.

A maioria dos residentes (84,7%) mantinha algum convívio com a família, embora 88,8% não tenham um companheiro(a), sendo 48,6% solteiros, 31,9% viúvos e 9,7% separados. Saliba et al. (1999a) também encontraram alta porcentagem de indivíduos solteiros (48,45%) em instituições para idosos de Araçatuba - SP.

Com relação a hábitos, foram encontrados 8 (11,1%) tabagistas e 2 (2,8%) com má postura da língua. Embora tenham sido verificadas nos prontuário referências a etilismo prévio à institucionalização, não foi encontrado nenhum idoso etilista à época da coleta de dados, provavelmente devido à dificuldade de acesso ao álcool dentro da instituição.

Apenas 9,7% dos idosos não consumiam nenhum medicamento. A maioria (61,2%) consumia entre 2 e 5 medicamentos e 22,2% consumiam 6 ou mais medicamentos. O número médio de medicamentos consumidos foi de 3,7 (DP=2,38), variando de nenhum (9,7%) a 9 (2,8%). Este achado está além do relatado por Cunha et al. (1985) que encontraram 68,8% dos idosos institucionalizados de Belo Horizonte utilizando medicamentos e está semelhante ao de Teixeira & Lefèvre (2001) que encontraram uma média diária de consumo de 3,6

medicamentos por idoso, num intervalo de 1 a 8. Os medicamentos consumidos foram divididos em grupos de acordo com suas indicações. A distribuição do consumo de medicamentos por grupo é mostrada na TAB. 2.

TABELA 2

Distribuição dos idosos em número e porcentagem segundo as indicações dos medicamentos consumidos. Idosos residentes em uma instituição geriátrica de Belo Horizonte - 2003

Grupo de medicamento	N	%
Hipertensão/diurético	41	56,9
Ansiedade/sono	26	36,1
Problema cardiovascular	32	44,4
Sistema Nervoso Central	20	27,8
Outros	47	65,3

Vale aqui comentar, que segundo Xavier et al. (2001) é alta a incidência, entre idosos, de problemas psicossomáticos, entre eles a depressão e ansiedade. A presença destes distúrbios é associada à menor satisfação com a vida e aos piores padrões de qualidade de vida. Cunha et al. (1985) comentaram estranhar a baixa prevalência de uso de antidepressivos entre idosos institucionalizados de Belo Horizonte, e comentaram que isso é um reflexo da não formação psicogeriátrica dos médicos responsáveis pelos cuidados com idosos asilados. Parajara e Guzzo (2000) afirmaram, ainda, que os problemas de fundo emocional, como a depressão, podem fazer com que os idosos negligenciem os cuidados com o corpo, entre eles, a higiene e cuidados bucais.

5.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL OBSERVADA E SENTIDA

A avaliação normativa da condição da mucosa oral revelou que 46 indivíduos (63,9%) não apresentaram nenhuma alteração. Dezesete indivíduos (23,8%) apresentaram uma alteração patológica nos tecidos moles intra-orais, 6 (8,4%) apresentaram duas alterações, enquanto 2 (2,8%) apresentaram três alterações. No total, foram encontradas 35 lesões de mucosa acometendo um total de 25 pacientes. A condição da mucosa oral de um único idoso não foi registrada devido à dificuldade de abertura de boca do mesmo, impossibilitando desta forma o exame criterioso de seus tecidos moles intraorais. A hiperplasia fibrosa inflamatória, afecção que aparece como resposta à irritação crônica de baixa intensidade, freqüentemente associada ao uso de prótese conforme observado por Rocha et al. (2002), foi a alteração de mucosa mais encontrada. A segunda alteração mais prevalente foi a candidíase, afetando 12 (16,8%) indivíduos. Destas, 11 (92%) eram no palato e estavam associadas ao uso de próteses totais superiores. A única outra candidíase encontrada foi em comissura labial, em paciente edêntulo não usuário de PT, havendo, portanto, perda da dimensão vertical de oclusão. As ulcerações, decorrentes de injúrias causadas por próteses removíveis mal adaptadas, acometeram 4 (5,6%) idosos. A

TAB. 3 revela essas e outras alterações e a FIG. 6 mostra o aspecto clínico de algumas das alterações encontradas.

TABELA 3

Tipo e frequência, em número e porcentagem, de lesões de mucosa. Idosos residentes em uma instituição geriátrica de Belo Horizonte - 2003

	N	%
--	---	---

Lesão de mucosa figuras.6

Dentre as 35 lesões encontradas, 48,58% eram no palato, 22,85% localizavam-se no rebordo alveolar e gengiva, 11,43% no vermelhão dos lábios, 5,71% no assoalho bucal, 5,71% na mucosa vestibular e 2,86% tanto na comissura labial, quanto na língua.

Quanto ao tipo e localização das lesões mais encontradas, houve concordância de nossos resultados com a literatura. Entretanto, a literatura é bastante heterogênea quanto à porcentagem de indivíduos de terceira idade acometidos por lesões de mucosa (SANTOS, 1996; FRARE et al., 1997; ROCHA et al., 2002; BERTI, 2002).

Apesar do quadro encontrado, nenhum paciente entrevistado relatou necessidade em procurar um dentista para tratar qualquer tipo de machucado, ferida, ardência, secura ou qualquer outra necessidade relacionada a alterações na mucosa oral. Gilbert et al. (1994), na Flórida, também encontraram, entre idosos, deficiente autopercepção para as necessidades de tratamento estomatológico, pois 68% dos indivíduos com lesões de mucosa que requeriam tratamento, não relataram nenhuma necessidade em procurar um profissional.

Com relação à higiene da boca e/ou prótese, o quadro encontrado foi precário (FIG. 7). Quarenta e três por cento dos examinados foram considerados com higiene insuficiente, apesar de 75% (34) dos entrevistados (N=45) afirmarem não ter nenhuma dificuldade em

realizar a higiene oral e 86,67% afirmarem ter realizado a higiene no dia que antecedeu a entrevista. De acordo com Frare et al. (1997) os dados fornecidos por idosos com relação à higiene, não coincidem com o quadro clínico encontrado, concordando com nossos achados. Dos 6 entrevistados que afirmaram não ter realizado higiene oral no dia anterior ao da entrevista, 5 responderam precisar de auxílio para a realização desta higiene. A proporção de homens com higiene satisfatória (44,67%) foi inferior à proporção de mulheres (64,44%) e entre as mulheres, a maioria (70,73%) apresentou higiene satisfatória. Entre idosos independentes, parcialmente dependentes e totalmente dependentes, não houve diferença estatisticamente significativa quanto à higiene ($\chi^2 = 2,23$; $p = 0,329$). Isto se deve ao fato de a maioria dos dependentes serem desdentados e não fazerem uso de prótese. Dos 11 idosos dependentes considerados com higiene satisfatória, todos eram edêntulos e não usavam prótese. Todos os demais idosos dependentes, dentados e/ou usuários de prótese, se apresentaram com precária higiene oral. Mello & Padilha (2001), em instituições geriátricas de Porto Alegre encontraram diferença estatística entre os valores médios de placa entre idosos dependentes e independentes quando avaliados separadamente os dentados e os que faziam uso de prótese.

Figura 7 deficiente

Higiene Oral

Estes achados enfatizam a importância dos cuidadores nos cuidados com a saúde bucal dos idosos, tanto e principalmente com os dependentes, que são incapazes de se auto-higienizar, mas também com os demais, que muitas vezes não são suficientemente eficientes na higienização ou não a realizam por acharem desnecessário. Jitomirski & Jitomirski (1997) relatam a necessidade de desmistificar a manutenção da saúde bucal do idoso e acabar com certos estereótipos, pois procedimentos de extrema simplicidade executados pelos cuidadores de idosos, ou por eles próprios, serão responsáveis pela manutenção de uma adequada saúde bucal. E, segundo estas autoras, não há dúvidas de que uma boca saudável é fundamental para uma boa qualidade de vida.

O controle do ambiente bucal é a medida preventiva mais importante em idosos, principalmente para prevenção de cáries dentais, periodontopatias e infecções oportunistas como a *Candida albicans*. A remoção mecânica da placa bacteriana através de escovação, constitui um procedimento básico de higiene pessoal que não deve ser negligenciado, tanto para pacientes dentados, quanto para os usuários de próteses (SHINKAI & CURY, 2000; MELLO & PADILHA, 2001).

Apesar da alta prevalência (43%) de higiene oral insuficiente encontrada, o quadro poderia ter se revelado ainda mais precário se

tivéssemos utilizado critérios mais rígidos para essa classificação. Como mostrado no Capítulo de Metodologia (Cap. 4), foram considerados com higiene insuficiente aqueles idosos com acúmulo grosseiro e visível de placa e/ou tártaro na cavidade bucal e/ou prótese. A presença visível de placa, porém em quantidades mais “aceitáveis”, foi considerada suficiente, em termos de higiene. Além disso, todos os idosos edêntulos e não usuários de prótese removível foram considerados com higiene suficiente, e esse achado provavelmente está muito mais relacionado à ausência de sítios retentivos para acúmulo de placa do que ao hábito de higienizar a boca propriamente. Apesar disso, somente um único idoso se referiu à limpeza/prevenção como uma necessidade em caso de tratamento odontológico.

Ao exame dentário, o número médio de dentes presentes encontrado por indivíduo foi 4,8 (DP= 0,9; Moda= 0), variando de zero a 29, considerando indivíduos dentados e desdentados. Somente 5 indivíduos (7%) possuíam mais de 20 elementos presentes (TAB. 4). Considerando somente os idosos dentados, o número médio de dentes presentes foi de 11,2 (DP= 7,9; Moda= 3) por idoso.

Estes dados indicam a grande quantidade de idosos que necessitam utilizar próteses removíveis para reposição de elementos dentais perdidos. Somente uma idosa dispensava o uso de próteses removíveis, tanto

superior quanto inferior, devido à quantidade de elementos dentais que possuía. Entretanto, como era de se esperar, nem todos os que a necessitam, as possuem, sejam elas parciais ou totais.

TABELA 4

Distribuição, em número e porcentagem, segundo o número de elementos dentais presentes. Idosos residentes em uma instituição geriátrica de Belo Horizonte - 2003

Número de dentes presentes	N
0 (nenhum)	41
Entre 1 e 3	7
Entre 4 e 8	8
Entre 9 e 13	4
Entre 14 e 17	7
Acima de 20	5
TOTAL	72

Além disso, entre as próteses removíveis utilizadas, muitas se encontravam em precário estado de conservação, necessitando reparos

ou até substituições. Os dados da TAB. 5 mostram o uso de próteses, as necessidades das mesmas e suas condições entre os idosos examinados.

Embora não tenhamos avaliado neste trabalho o tempo relativo ao uso de próteses, Braga et al. (2002) encontraram, na amostra por eles estudada, que somente 1,9% dos idosos que utilizavam próteses, o faziam havia menos de 5 anos, enquanto 85,4% já possuíam essa condição há mais de 20 anos. Isso demonstra que a ausência de medidas preventivas e interceptativas no decurso da vida dessas pessoas fez com que as perdas dentárias ocorressem muito precocemente. Estes autores encontraram ainda que 38,9% dos indivíduos utilizavam as mesmas próteses há mais de 20 anos, que as próteses superiores apresentavam melhores condições e 64% dos aparelhos protéticos estavam em condições não-funcionais. Além disso, concordando com nossos achados, as insatisfações com as próteses, relatadas pelos idosos, estavam ligadas principalmente a fatores funcionais, como estabilidade, retenção e desgaste. E, apesar das próteses totais serem financiadas pelo SUS, o possível desconhecimento a esse respeito, faz com que muitos indivíduos, mesmo conscientes de sua necessidade, não procurem nem mesmo pela assistência pública.

TABELA 5

Número e Porcentagem de idosos segundo o status normativo de prótese removível superior e inferior. Belo Horizonte – 2003.

Status	N
protético	
Usuários de PPR satisfatória	5
Usuários de PT satisfatória	16
Necessitam de reparos na PPR	2
Necessitam de reparos na PT	13
Necessitam de substituição de PPR	1
Necessitam de substituição de PT	4
Necessitam colocar PPR	3
Necessidade colocar PT	10
Impossibilitados *	16
Sem necessidade de próteses removíveis	2
TOTAL	72

*NOTA: “Impossibilitados” refere-se a pacientes com ausência de dentes, contudo impossibilitados em receber próteses removíveis (estado psicológico ou rebordo inadequado).

Para comparar a necessidade observada (visão do profissional) com a sentida (visão do paciente) com relação às condições protéticas, construiu-se a TAB. 6, incluindo somente os 45 idosos que responderam a entrevista. Como se pode observar, os parâmetros para uma e outra avaliação, não são os mesmos, porém tentou-se alinhar os que possuem significados aproximados, embora utilizando terminologias diferentes. Somente as categorias “Impossibilitados” (necessidade observada) e

[illegible]

--	--	--	--	--	--

[illegible]

Srisilapanan & Sheiham (2001) também encontraram diferenças entre a necessidade observada e sentida a respeito da necessidade de tratamento protético, em idosos tailandeses. Berti (2002) encontrou maior relato de insatisfação, bem como menor porcentagem de uso, com próteses inferiores, devido à instabilidade e problemas com a adaptação.

As condições periodontais foram avaliadas através da presença de cálculo, edema, mobilidade, supuração e extrações indicadas por motivos periodontais, como mostra a TAB. 7. Dos 31 indivíduos dentados, somente 2 (6,5%) não necessitavam de nenhum tratamento periodontal, enquanto 29 (93,5%) apresentavam alguma alteração periodontal (FIG. 8).

TABELA 7

Distribuição dos idosos dentados em número e porcentagem, segundo a presença de alterações periodontais - Belo Horizonte - 2003.

A doença periodontal é agravada quando a higiene oral não é satisfatória e está ligada a fatores como idade do paciente, nível econômico e padrão educacional. Esta doença de etiologia microbiana é a principal responsável pela perda de dentes em pessoas com mais de quarenta anos (PINTO, 2000).

Apesar das alterações periodontais afetarem quase a totalidade dos indivíduos dentados, a percepção destas alterações entre os idosos é baixa, sendo que somente dois indivíduos relataram alguma necessidade relacionada ao tratamento de gengivas. Gilbert et al. (1994) e Silva & Fernandes (2001) também encontraram grandes discrepâncias entre índices clínicos e percepção das condições bucais, sendo a diferença geralmente maior na avaliação das doenças periodontais do que nas

dentárias. Provavelmente isso ocorra porque as alterações dentárias sejam mais perceptíveis visualmente e exista maior conhecimento popular a respeito das lesões cariosas do que qualquer outro tipo de alteração presente na cavidade bucal. Além disso, muitas alterações periodontais, como por exemplo, mobilidade, supuração, exposições radiculares, mesmo quando percebidas, são normalmente atribuídas aos dentes, e não às gengivas.

**Figura 8 alteração
periodontal**

Com relação ao ataque de cárie, o CPO-D médio encontrado foi de 29,9 (DP=3,5, mínimo 19, máximo 32, Mediana 32, Moda 32), onde o componente perdido (P) foi o mais representativo (92,7%), como mostrado na TAB. 8. Este resultado está próximo do relatado por Rosa et al. (1992; 1993) e Pinto (1993) sobre os dados do Levantamento Epidemiológico Nacional de 1986 entre a população acima de 60 anos.

TABELA 8

Índice de ataque pela cárie dental (CPO-D) segundo seus componentes. Idosos residentes em uma instituição geriátrica de Belo Horizonte - 2003

[illegible]

Do total de pacientes examinados, 41 (56,9%) eram edêntulos e 46 (63,9%) tinham CPO-D igual a 32. Com o avançar da idade, o CPO-D médio também aumentou devido ao aumento do número de elementos extraídos. Com a diminuição do número de elementos presentes, os componentes cariados e restaurados diminuem. A estratificação do CPO-D médio,

por idade e por seus componentes pode ser visualizada no GRAF. 2. Estes achados são condizentes com os relatados por Pinto (1993) e Santos (1996).

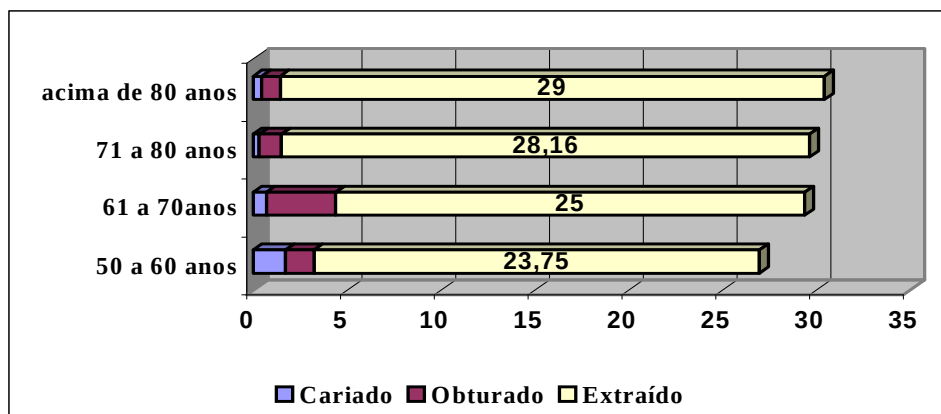


GRÁFICO 2 - Índice CPO-D médio e seus componentes por faixa etária. Idosos residentes em uma instituição geriátrica de Belo Horizonte - 2003

Não se observou diferença ou mesmo uma tendência, entre o CPO-D médio e o valor de contribuição mensal pago por indivíduo à instituição. O CPO-D médio de 29,94 (DP=3,61) foi encontrado entre idosos que contribuíam com valores até R\$ 250,00*. Para os que contribuíam com valores entre R\$ 350,00 a 600,00, o CPO-D médio foi de 30,87 (DP=2,34), assim como para os que contribuíam com valores entre R\$ 601,00 a 800,00, R\$ 801,00 a 1000,00 e acima de R\$ 1000,00, o CPO-D médio encontrado foi, respectivamente, 30,29 (DP=2,71), 29,08 (DP=1,34) e 29,44 (DP=4,1). Este achado também está de acordo com os encontrados no Levantamento de Epidemiológico Nacional de 1986, quando foi evidenciado um quadro precário de saúde bucal para todo o conjunto da população na faixa etária acima de 60 anos, independentemente da situação sócio-econômica (PINTO, 1993; JITOMIRSKI, 2000). Provavelmente estes resultados sejam conseqüentes ao modelo de odontologia experimentado por estes indivíduos na juventude: mais restaurador e mutilador. Além disso, embora não tenhamos coletado dados a respeito

* Salário mínimo corrente de R\$ 240,00 e 1U\$ equivalente a aproximadamente R\$ 2,94 (dezembro/2003)

da escolaridade, Mello Jorge et al. (2001) afirmaram que o nível educacional do idoso brasileiro é baixo (cerca de 2,6 anos de estudo) e este fato pode ser uma considerável explicação para a homogeneidade das condições de saúde bucal nesta população. Possivelmente no futuro, com o aumento do número de anos de estudo entre idosos, além da melhoria das condições de saúde bucal, provavelmente também sejam observadas diferenças no status odontológico entre as classes sociais.

Com relação ao componente Extraído especificamente, somente 5,6% da população estudada tinha menos de 10 elementos extraídos, enquanto 82% tinha mais de 20 elementos extraídos. O edentulismo foi encontrado em 57% dos examinados. Estes resultados estão de acordo com a literatura (PINTO, 1993; ROSA et al., 1992 e 1993; SANTOS, 1996; FRARE et al., 1997; GUERRA et al., 2000). A distribuição dos indivíduos edêntulos de acordo com o valor de contribuição mensal pago à instituição, pode ser vista no GRAF. 3, revelando que esta é uma condição que afeta todas as classes sociais da população estudada, embora em menor proporção naqueles com status econômico mais elevado.

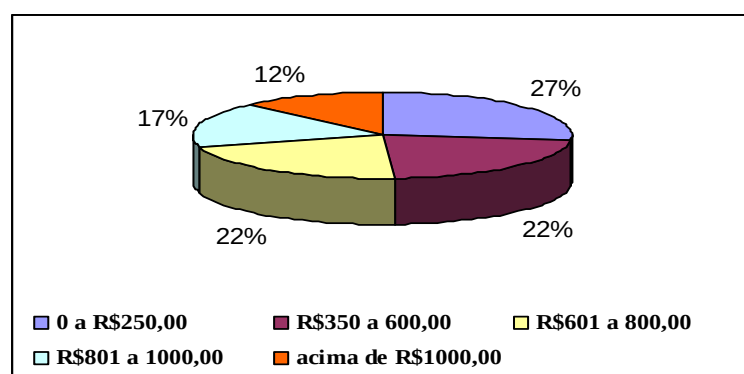


GRÁFICO 3 - Distribuição percentual segundo os valores de contribuição mensal pago à instituição. Idosos edêntulos residentes em uma instituição geriátrica de Belo Horizonte, 2003.

Apesar de o índice CPO-D ter limitações, pois não diz muito a respeito da necessidade de tratamento, e mesmo sobre a atual atividade de cárie, já que um indivíduo edêntulo, usando uma prótese total em bom estado, tem CPO-D igual a 32 e não tem necessidade alguma com relação à cárie; a análise de seus componentes de forma separada pode dar uma idéia das condições dentárias da população em estudo. Considerando apenas os idosos dentados (N=31), 48,4% tinham lesões cariosas (destes 66,7% tinham pelo menos uma lesão em superfície radicular), 35,5% tinham restaurações insatisfatórias e 42% tinham extrações indicadas devido à presença de lesões cariosas extensas. Estes dados revelam a precariedade das condições dentárias mesmo entre os indivíduos que conseguiram manter seus dentes.

Isso ainda sem considerar outras alterações que podem afetar os dentes presentes e que não são captadas pelo índice CPO-D, pois não estão relacionadas à cárie dentária. Muitos elementos com alto grau de mobilidade, ou com grandes facetas de desgaste, desde que não tivessem lesões cariosas ou restaurações, são considerados hígidos e, portanto, não são incluídos no CPO-D. Como já mostrado, quando abordamos as condições periodontais, 6 (19,4%) dos indivíduos dentados tinham indicação normativa de exodontia devido às condições periodontais. Destes, 2 indivíduos tinham essa indicação para nove ou mais elementos dentários. A presença de dentes com traumatismo ou desgaste acentuado, afetou mais de 50% dos indivíduos dentados (22,5% tinham até 3 elementos; 19,4% entre 4 e 6 elementos; 9,7% acima de 7 elementos dentários com traumatismo ou grandes facetas de desgaste).

Considerando ainda somente os idosos dentados, 54,8% necessitavam de restaurações diretas, como mostra a TAB. 9.

TABELA 9

Frequência, em número e porcentagem, dos idosos dentados segundo o número de restaurações diretas necessitadas. Idosos residentes em uma instituição geriátrica de Belo Horizonte – 2003.

Número de restaurações diretas necessárias por indivíduo	N	%	% acumulada
0	14	45,2	45,2
1	5	16,1	61,3

2	4	12,9	74,2
3	2	6,45	80,65
4	2	6,45	87,1
5	1	3,2	90,3
7	1	3,2	93,5
8	1	3,2	96,7
15	1	3,2	100,0
TOTAL	31	100	

O GRAF. 4 resume as principais necessidades de tratamento observadas entre os idosos dentados, com exceção das necessidades protéticas que foram discutidas à parte. Se considerarmos o pequeno número de dentes presentes encontrados na maioria dos indivíduos, e ainda assim, a existência considerável de necessidades entre eles, verificamos quão precárias estão as condições dentárias da população estudada.

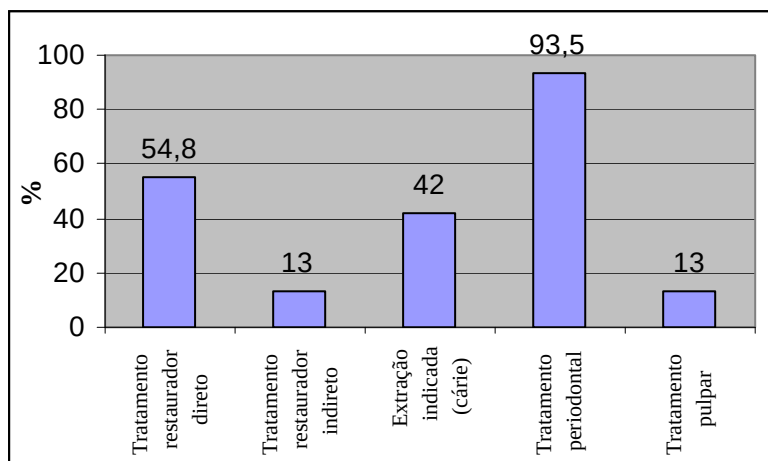


GRÁFICO 4 - Frequência de idosos dentados segundo as principais necessidades de tratamento odontológico. Idosos residentes em uma instituição geriátrica de Belo Horizonte – 2003

5.2.1 Expectativas com relação ao atendimento odontológico

Apesar dos dados mostrados até o momento, 27 indivíduos entrevistados (60%) afirmaram que não estavam precisando ir a um dentista. A maioria dos indivíduos edêntulos, independentemente de usarem próteses ou não, relataram ser desnecessário procurar por um tratamento odontológico. Os relatos abaixo, transcritos durante as entrevistas realizadas, exemplificam essa situação:

“Não, eu não tenho dentes, a dentadura não está muito boa, mas não tem importância não, eu já estou velha e é tão difícil ir ao dentista”.

(sexo feminino, 85 anos).

“Dentista? Pra que? Já não tenho dentes mais. Não tem nem porquê ir agora”.

(sexo feminino, 88 anos, FIG. 7B – pág. 76).

Jitomirski & Jitomirski (1997) afirmaram que muitos idosos e seus familiares acreditam ainda que só devam procurar por atendimento odontológico em caso de dor. Além disso, muitas alterações que podem ocorrer na cavidade bucal de idosos são vistas, equivocadamente, como naturais, decorrentes do processo de envelhecimento. Esses fatores, associados a uma precária percepção das necessidades de tratamento, com certeza contribuem para a relativamente baixa proporção de idosos que acreditam precisar procurar por um dentista.

Somente 18 indivíduos (40%), entre os 45 entrevistados, responderam “sim” quando lhes foi perguntado se estavam precisando ir a um dentista. Destes, 6 indivíduos fizeram menção à necessidade de “tratar dentes ou fazer restaurações”, assim como 2 relataram necessidades com relação à gengiva, 6 afirmaram necessidade de extrair dentes, 6 revelaram necessidade em colocar próteses e 7 em substituir próteses, quando indagados à respeito de suas necessidades de tratamento odontológico.

No entanto, quando lhes foi perguntado se seria difícil ir a um dentista, 32 (71%) afirmaram que sim. A maioria dos idosos apontou mais de uma razão para essa dificuldade. As referências à falta de companhia, de alguém para os levarem até um consultório, foram relatadas por 26 entrevistados (57%), sendo essa a razão mais freqüentemente citada.

Dezoito idosos (40%) alegaram também dificuldades devido à falta de dinheiro, 17 (37,8%) devido à distância, 6 (13%) relataram não saber aonde ir e um único idoso também alegou o medo como uma dificuldade. Dois outros idosos se referiram a outras dificuldades, não encaixadas em nenhuma das categorias acima. Um relatou dificuldade em ir ao dentista porque necessitaria primeiramente procurar um médico, pois, segundo seu relato, tinha alergia à solução anestésica. Outro alegou ser difícil porque estava “preso” lá e não o deixariam sair sozinho.

“Não me deixam sair daqui (...) Não sou criança, não preciso que me levem, sei andar sozinho. Mas eles não deixam, então não é difícil, é impossível”.

(sexo masculino, 72 anos).

De fato, somente para aquele que mantém maior autonomia e padrão econômico mais elevado, procurar por atendimento odontológico, parece ser tarefa mais fácil, embora a localização geográfica da instituição, isolada e distante, eleve a dificuldade também para este grupo. A necessidade de “incomodar” um familiar que trabalha o dia inteiro, bem como as dificuldades financeiras, impedem, na percepção desta população, acesso fácil. Além disso, percebe-se que as necessidades odontológicas são colocadas num patamar inferior de importância, quando comparadas a outras necessidades de saúde.

“Meu filho trabalha muito, o dia inteiro, então é difícil. Já é tão difícil ele poder parar para me levar no médico”.

(sexo feminino, 85 anos).

“Antes era mais fácil porque passava ônibus aqui toda hora. Agora não, nem sei mais, demora muito. A última vez que fui no centro eu caí (...) agora nem saindo eu tô mais. Já não enxergo nada direito e aqui perto não tem dentista”.

(sexo feminino, 74 anos).

Todas essas dificuldades relatadas para irem ao dentista, talvez representem a principal razão para mais de 50% dos entrevistados o terem feito pela última vez há mais de 5 anos, como mostra a TAB. 10.

TABELA 10

Distribuição dos idosos em número e porcentagem segundo o tempo decorrido após a última visita ao dentista. Idosos residentes em uma instituição geriátrica de Belo Horizonte – 2003.

Tempo	N	%	% acumulada
Mais de 20 anos	11	24,44	24,44
Entre 10 e 20 anos	11	24,44	48,88
Entre 5 e 10 anos	4	8,90	57,78
Entre 2 e 5 anos	5	11,11	68,89
Entre 1 e 2 anos	3	6,67	75,56
Menos de 1 ano	11	24,44	100,00
TOTAL	45	100	-

Braga et al. (2002), em Araraquara, encontraram quanto à frequência de atendimento odontológico dos pacientes analisados, 14,6% haviam buscado os cuidados profissionais no período de até um ano, enquanto 32% não compareciam a um consultório odontológico havia mais de 20 anos.

A respeito da satisfação relativa ao último tratamento odontológico, 84,44% dos entrevistados avaliaram positivamente, 11,22% consideraram regular, enquanto somente 4,44% relataram insatisfação. Da mesma forma, 91,11% avaliaram positivamente o último profissional que

visitaram. Esses achados talvez expliquem o baixo relato de medo associado à dificuldade em procurar atendimento odontológico, pois não houve nenhuma menção a experiências prévias traumáticas.

Quando indagados a respeito da necessidade de um atendimento odontológico especial para pessoas com mais de 60 anos, 58% dos entrevistados responderam que sim, se referindo principalmente a maior atenção e paciência que os profissionais deveriam ter com estes pacientes. Por outro lado, 33% dos entrevistados afirmaram que não havia nenhuma necessidade de diferenciar os idosos dos outros indivíduos, reivindicando um atendimento igual para todos, sem distinção em virtude da idade. Nove por cento não souberam ou não quiseram opinar a este respeito. Nesta questão, pôde-se verificar claramente que grande parte dos indivíduos reivindica consideração, normalmente não além da que é dispensada às pessoas em geral, mas de tão acostumados a serem desconsiderados, maltratados, solicitam, no fundo, somente receber o mesmo que os demais recebem, como podemos observar nas falas que se seguem:

“Sim, sem dúvida. O idoso é mal visto, ele não rende nada no consultório, no serviço de saúde. Mas ele merece igual aos outros. Não pode ser mal tratado, menosprezado só porque está velho. Um dia todo mundo fica velho e quer ser considerado, nem mais nem menos que o outro, só quer ser considerado, bem tratado”.

(sexo masculino 73 anos)

“Não, o idoso precisa ser tratado bem, todos precisam ser tratados bem, eu gosto de ser tratado bem. Igual a todo mundo, com educação. O dentista, o médico, não precisam tratar melhor o velho, tem que tratar todo mundo igual, dando para o velho o mesmo respeito que dá para os outros, de qualquer idade”. (sexo masculino, 92 anos).

As principais qualidades e defeitos do Cirurgião Dentista (CD) apontados pelos idosos, foram agrupadas em quatro categorias, como comentado no Capítulo 4 (Metodologia). A categoria que englobou atributos relacionados à competência técnica foi a mais citada entre as principais qualidades do CD, bem próximo à categoria relacionada à falta de habilidades no relacionamento profissional-paciente. Entre os defeitos apontados, essa situação se inverteu e a categoria que englobou falta de habilidades no relacionamento profissional-paciente foi a mais freqüente. Os GRAF. 5 e 6 revelam as proporções entre essas categorias, de acordo com a freqüência com que foram citadas.

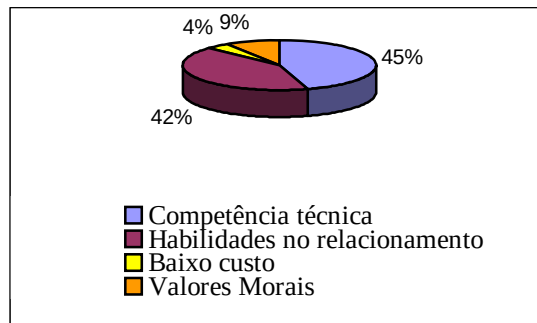
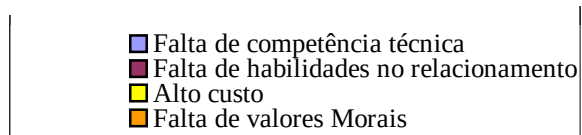


GRÁFICO 5 – Principais qualidades apontadas para o CD segundo a frequência com que foram citadas. Idosos residentes em uma instituição geriátrica de Belo Horizonte – 2003.

GRÁFICO 6 – Principais defeitos apontados para o CD segundo a frequência com que foram citados. Idosos residentes em uma instituição geriátrica de Belo Horizonte – 2003.



5.3 IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

Segundo Atchison & Dolan (1990) indicadores socioodontológicos são aqueles que visam detectar com que dimensão as alterações orais comprometem o bem estar funcional, psicológico e social e complementam as medidas clínicas convencionalmente usadas, ou seja, avaliam o impacto dos problemas bucais na qualidade de vida. As medidas subjetivas comumente utilizadas neste campo incluem, segundo Chianca et al. (1999), as dimensões de dor, incômodo, estética, restrições na alimentação, na comunicação, nas relações afetivas, nas atividades diárias e no bem-estar psicológico dos indivíduos.

Para realizarmos esta avaliação, incluímos na entrevista questões que abordavam, na maioria das vezes de forma indireta, as dimensões de: a) dor e/ou outros incômodos provenientes da boca, incluindo a necessidade de uso de medicamentos para aliviar estas sensações; b) capacidade mastigatória e restrições alimentares avaliadas a partir de auto-relatos; c) incômodo relativo à aparência da cavidade bucal; d) incômodo relativo à capacidade de fonação; e, e) limitação nos contatos sociais devido à problemas com a boca. Como mostrado no Capítulo 4 (Metodologia), optamos, na maioria das vezes, por não perguntar direta e claramente a respeito destes problemas ou incômodos com a

finalidade de evitar induzir qualquer tipo de resposta. Assim, a dimensão relativa à aparência foi avaliada através da preferência justificada em sorrir ou não ao ser fotografado. Se o indivíduo relata preferir permanecer sério e justifica sua preferência devido à aparência de seus dentes ou próteses, conseguimos detectar um impacto negativo de sua condição bucal. Procedemos da mesma forma ao perguntarmos se o idoso gosta de cantar, conversar ou se alimentar em um restaurante, para detectar possíveis limitações na fonação ou na manutenção de atividades sociais devido às suas condições odontológicas. Estas questões próprias e menos diretas mostraram-se bastante efetivas na detecção de alterações comportamentais devido às condições bucais, tanto por serem de fácil compreensão quanto por estarem relacionadas a hábitos comuns e naturais em nossa cultura, inclusive entre pessoas com idades mais avançadas.

O GRAF. 7 revela a porcentagem de indivíduos acometidos por cada uma das dimensões investigadas.

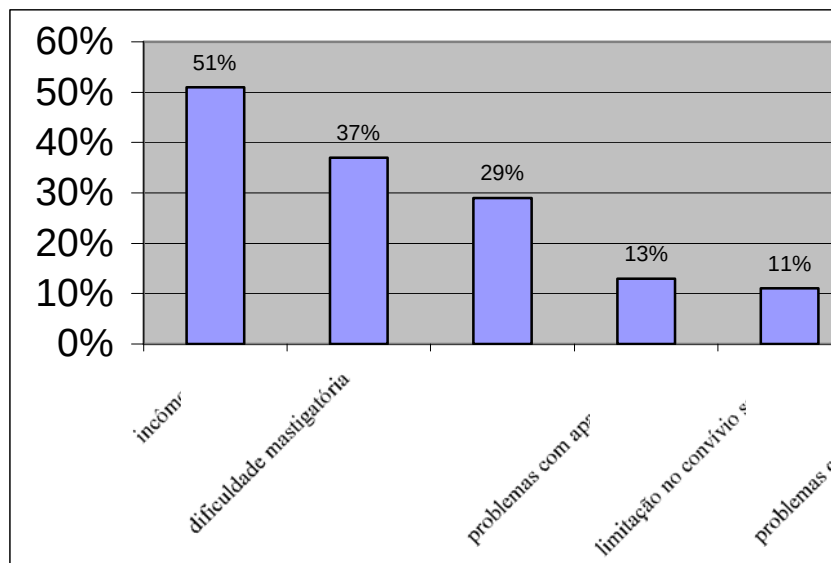


GRAFICO 7 - Impactos na qualidade de vida. Porcentagem de indivíduos acometidos segundo cada dimensão. Idosos residentes em uma instituição de Belo Horizonte – 2003.

A respeito da presença de incômodos relativos à cavidade bucal, 49% dos entrevistados não relataram nenhum incômodo, 22% afirmaram sentir dor ou outros desconfortos, 13% afirmaram ter problemas com sua(s) prótese(s), 9% se referiram objetivamente à necessidade de realizar algum tipo de tratamento odontológico e 6,7% relataram problemas com a mastigação. No total, 23 indivíduos (51,1%) relataram algum tipo de incômodo relacionado à cavidade bucal, embora não tenha havido uma associação direta entre o relato de algum incômodo e a auto-avaliação das condições bucais.

Treze indivíduos se classificaram com condições de saúde bucal excelente ou boa, apesar de relatarem incômodos relativos à cavidade bucal. Parece existir entre os idosos

uma tendência a superestimar sua situação oral. Se não sentem dor, ou até mesmo se a sentem em níveis baixos, acreditam que não têm problemas. A dificuldade na mastigação, por exemplo, pode até ser mencionada se perguntarmos diretamente sobre a presença de incômodos, mas não é suficiente para determinar uma avaliação mais negativa ou mesmo regular de seu estado de saúde bucal. O relato abaixo exemplifica essa situação onde um mesmo indivíduo relata presença de incômodo apesar de avaliar positivamente sua condição de saúde bucal.

“No geral a boca está boa, tem só um único dente que me preocupa. É o único que tenho na boca. O resto está tudo bem”. “A falta dos dentes me incomoda porque sei que com isso incomodo outras pessoas porque demoro, preciso que corte muito pequeno. Meu sonho é ter um liquidificador pessoal para bater tudo. Eu não consigo engolir se não mastigar bem, mas não vou ficar amolando ninguém por causa disso...”
(sexo masculino, 72 anos).

A fala acima é ainda particularmente marcante, pois o idoso relata se sentir desconfortável, não pelos prejuízos em sua própria vida, mas no que ele pensa estar incomodando outras pessoas. Se de fato ele tivesse um liquidificador, e pudesse por si, triturar todos os alimentos, provavelmente não relataria incômodo algum. Talvez este tipo de sentimento seja devido à idade, significando uma deteriorização lenta e incontestável, onde o simples fato de não incomodar ninguém

(manter sua independência), signifique benefício, manutenção de autonomia. Talvez o fato de ser institucionalizado também agrave bastante esses sentimentos. Provavelmente, o idoso institucionalizado “carregue” consigo um temor ainda maior com relação à dependência de terceiros, pois este talvez seja um dos motivos que culminou com sua institucionalização.

Por outro lado, 5 indivíduos que não relataram nenhum incômodo, avaliaram a própria boca como regular. Neste caso, a falta de alguns dentes, associada à avaliação mais elaborada da saúde bucal, pode ter sido a causa para estes achados.

“Tem uns dentes aqui, dá para mim comer. Falta uns, mas tá indo mais ou menos. Não tenho mau-hálito, não sinto dor, dá para falar. Os dentes que sobraram são tudo tratados, não tem nervo”.

(sexo masculino, 92 anos, FIG 7E – pág. 76).

Estes achados parecem ser devido à baixa auto-estima relacionada à pessoa com idades mais elevadas, pois embora grande parte dos idosos consiga identificar alguns problemas, tais como dificuldade em mastigar alimentos sólidos, ausência de dentes, próteses machucando, entre outros, eles não se referem a isto como um incômodo, como algo anormal, que possa ser melhorado ou resolvido. Eles parecem se adaptar a tais alterações, se acomodando, e não acreditando que podem ou merecem melhorar, já que acreditam, muitas

vezes, que o fim está próximo. Além disso, alguns idosos encararam a presença de dentes, ou mesmo de próteses, como “lucro”, independentemente do estado em que se encontram. Só de os terem, acreditam estarem bem. Os relatos abaixo exemplificam essas situações, pois se referem a justificativas associadas a uma auto-avaliação positiva das condições bucais, apesar da precariedade do quadro clínico observado, como mostrado nas respectivas figuras.

“Em baixo tem alguns dentes, em cima não tem nada. Ah! Já estou no fim, não preciso de dentadura, nem de dentista. Não dói, dá pra continuar assim, é só não mastigar coisa dura”.
(sexo feminino, 91 anos. FIG. 8A – pág. 82).

“Tá boa, falta fazer umas coisas que quebraram, mas pela minha idade, tá até bom. Tenho 69 anos e tá bom até demais”.
(sexo masculino, 69 anos. FIG. 8D – pág. 82).

“Uso dentadura, não está me machucando, está é meio bamba, mas tá bom. Já me acostumei”.
(sexo masculino, 70 anos. FIG. 7D – pág. 76).

Quando indagados diretamente a respeito da ocorrência de algum episódio de dor nos dentes ou gengivas no último ano, 71% (35) dos entrevistados responderam negativamente. Dos treze indivíduos que relataram dor no último ano, 9 se avaliaram com boas condições de saúde bucal, talvez porque 4 destes afirmaram não estarem sofrendo nenhum incômodo atual. Considerando ainda estes treze indivíduos, 4 relataram ter consumido medicamentos para alívio e 5 afirmaram ter

visitado um CD após o episódio de dor. Portanto, até mesmo a presença de dor durante o último ano não esteve associada a uma avaliação mais crítica com relação à saúde bucal, tanto porque alguns procuraram atendimento e resolveram seus problemas, como também porque alguns parecem menosprezar até a sintomatologia dolorosa, normalmente por ser de baixa intensidade. Abaixo, os relatos de dor, de indivíduos que avaliaram como boa sua condição de saúde bucal, exemplificam esta situação.

“A dentadura fere a gengiva, e aí dói, mas depois sara sozinho. É coisa à toa, vem e passa”.
(sexo feminino, 76 anos).

“Tinha um outro dente que doeu durante 1 ou 2 meses, aí fui ao dentista e ele retirou, estava estragado. Depois de arrancar, o dentista colou um dente na dentadura para ficar no lugar do que foi retirado, e aquilo ficou machucando muito. Aí eu peguei uma lixa de unha e lixei. Daí melhorou”.
(sexo masculino, 72 anos).

“Sempre tem uma coisinha aqui, outra coisiquinha ali. Ah! Estou com 84 anos, vou morrer assim mesmo”.
(sexo feminino, 84 anos, 7A – pág. 76).

Entretanto, quando a sintomatologia dolorosa foi relatada como intensa e não tratada (2 indivíduos), a percepção da boca foi negativa (ruim ou péssima).

Com relação à aparência, 21 entrevistados relataram preferir não sorrir ao serem fotografados, porém, destes, somente 6 (13% do total de entrevistados) atribuíram essa

preferência à aparência de seus dentes ou próteses.

“Sorrindo só se eu tivesse dente. Mostrar minha boca murcha? Deus me livre”.
(sexo masculino, 80 anos).

“Rir sem dente é muito ruim, a gengiva aparece. Tenho vergonha”.
(sexo feminino, 85 anos).

Entretanto, 4 idosos que afirmaram preferir sorrir, não deixaram de mencionar algum incômodo com a aparência do sorriso. Embora insatisfeitos com a aparência, deixam claro que não mudam de atitude por isso.

“Sou fotógrafo e sei que toda pessoa deve tirar retrato sorrindo. Tenho frustração de não ter dentes, fico acanhado, mas venho trabalhando para superar isso. Tenho que me acostumar porque não vou ter dinheiro para arrumar, mas não vou deixar de sorrir por isso”.
(sexo masculino, 55 anos, FIG. 7F – pág. 76).

“Tenho sorriso bonito, os dentes da frente ainda estão aí, estão até bons, embora enegrecidos, velhos, né? Mas não vai aparecer na foto. Melhor sorrir mesmo com os dentes assim do que ficar com cara fechada, carrancuda”.
(sexo feminino, 76 anos).

“Estou numa idade que a vaidade já foi embora”
(sexo masculino, 70 anos).

A avaliação da capacidade mastigatória, bem como de restrições alimentares, foi realizada através do relato dos idosos a respeito do consumo de alguns alimentos que lhes foram perguntados. A partir das respostas dadas, foram criadas quatro categorias: Sim, quando o idoso afirma consumir determinado alimento sem problema; Alternativa, quando o entrevistado relata que não consegue comer determinado alimento de forma convencional, mas já adaptado a sua mastigação deficiente, consegue uma forma alternativa para consumí-lo, como, por exemplo, amolecendo-o em líquidos, cortando-os em pedaços bem pequenos, engolindo-os inteiramente, triturando-os, amassando-os,

raspando-os, entre outros); Não, devido à condição bucal, quando afirma ter realmente deixado de consumir determinado alimento por impossibilidade de mastigá-lo; Não, por outros motivos, quando o alimento não é consumido por qualquer outro motivo (porque não gosta, porque na instituição não lhe servem, porque é diabético, porque está de dieta, porque faz mal, entre outros). Os dados revelados na TAB. 11 mostram esses achados.

TABELA 11

Distribuição da frequência de consumo de alguns alimentos. Idosos residentes em uma instituição geriátrica de Belo Horizonte – 2003.

Alimentos	Consomem sem problemas		Consomem de modo alternativo		Não consomem devido à incapacidade mastigatória		Não consomem por outros motivos	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Maça	17	37,8	23	51	3	6,7	2	4,5
Laranja (chupar)	39	86,7	1	2,2	1	2,2	4	8,9
Doces	35	77,8	2	4,4	0	0,0	8	17,8
Carne em pedaços	19	42,2	16	35,6	7	15,6	3	6,7
Arroz com feijão	43	95,6	0	0,0	0	0,0	2	4,4
Milho verde	18	40,0	8	17,8	10	22,2	9	20,0
Pão seco	39	86,7	0	0,0	2	4,4	4	8,9
Salada de verduras cruas	38	84,4	5	11,1	2	4,4	0	0,0
Torradas	29	64,4	8	17,8	3	6,7	5	11,1
Sorvetes	36	80,0	0	0,0	0	0,0	9	20,0
Torresmo	17	37,8	8	17,8	3	6,7	17	37,8

Marcenes et al (2003) encontraram, em idosos institucionalizados da Inglaterra, 53% relatando impossibilidade ou dificuldade para comer maçãs, 50% relataram dificuldades com carnes e 51% em relação a cenouras cruas. Os achados relativos aos dois primeiros alimentos estão de acordo com os encontrados neste trabalho.

Apenas 13 indivíduos (28,9%) relataram que conseguem comer todos os alimentos listados sem recorrer a formas alternativas de consumo, se assim desejarem. Destes, 2 indivíduos eram edêntulos e usuários de

prótese total. Os outros onze indivíduos eram dentados, com média de dentes presentes igual a 17,5 (DV=7,3), variando de 8 a 29.

Apesar deste achado quando lhes foi perguntado, de maneira mais geral, se tinham algum problema para comer algum tipo de alimento, 28 (62%) afirmaram que não, ou seja, que poderiam comer qualquer tipo de alimento sem problemas. Essa discrepância parece ser devida ao consumo de alimentos de maneira alternativa. Os idosos com deficiências mastigatórias criam essas formas alternativas de ingerir alimentos que não conseguem mastigar de forma convencional, e se adaptam tanto a elas, que deixam de enxergar o consumo daqueles alimentos como algo difícil ou problemático. Para a maioria deles, amolecer, amassar e picar os alimentos que vão ingerir é algo completamente normal, e por isso não se pode dizer que estas pessoas sofrem um impacto negativo na qualidade de vida por estes motivos. Já os outros 17 indivíduos que relataram dificuldade para comer algum alimento, parecem mais se referir à impossibilidade de ingerir alguns alimentos.

“Alimentos duros, não dá. Todas as pessoas que usam dentadura têm esse problema, é normal. A gente vai se acostumando e procura comer sempre alimentos mais macios. Vou te contar, tem alimento duro que a gente deixa na boca um pouco e ele amolece rápido. Torrada, biscoito. Tem coisa que não tem jeito. Côco e amendoim não dá, mas é tão fácil substituir.”

(sexo feminino, 75 anos).

“Tenho dificuldade de comer algumas coisas e muito medo da prótese quebrar, escolho com cuidado para não correr o risco.”

(sexo masculino, 73 anos).

Com relação à existência de algum problema em se alimentar em um restaurante, questão que também foi levantada durante a entrevista, apenas 2 idosos relataram existência de problemas relacionados à cavidade bucal.

“Prefiro só tomar um suco porque se eu comer, os alimentos ficam muito agarrados no Roach e me incomoda muito, preciso limpar logo. Então evito comer fora daqui, onde não posso limpar imediatamente”.

(sexo masculino, 72 anos).

“A pessoa que usa prótese procura evitar comer em público. Fica mais tranquilo comer sozinho, a prótese às vezes balança.”

(sexo masculino, 70 anos).

Com a questão da alimentação em público, tinha-se a intenção de perceber a existência de impacto das condições bucais tanto na capacidade mastigatória, como também no contato social. Pode-se observar, que somente os dois indivíduos acima referidos, deixariam de se alimentar em um restaurante devido às suas condições de saúde bucal. Entretanto, quatro idosos que afirmaram não terem problemas a este respeito, não deixaram de mencionar as condições odontológicas ou de restrição alimentar, apesar de afirmarem categoricamente que essas condições não os impediriam de fazê-lo.

“Não teria problema algum. Pediria um prato de acordo. Quem usa prótese tem que saber o que escolher, o que pode comer. Tem tanta coisa boa que a gente pode comer, por que insistir em coisa difícil”.
(sexo masculino, 75 anos).

“Eu mastigo só com estes dois dentes aqui, muita coisa eu engulo inteiro. Mas, nem ligo se os outros olham”.
(sexo feminino, 85 anos).

Portanto, embora boa parte dos idosos tenha problemas mastigatórios, pode-se perceber que a grande maioria não se importa com isso, pois criou um mecanismo compensatório ao qual já se adaptou. Além disso, no geral, as deficiências mastigatórias não determinaram um impedimento ou limitação no convívio social.

A respeito da questão “Você conversa muito com outras pessoas? Você gosta?”, somente 3 indivíduos relataram interferência de suas condições bucais nesse processo.

“A dentadura está bamba e balança. Prefiro encerrar o papo e ir comer alguma coisa para ver se ela volta pro lugar e fica quieta lá”.
(sexo masculino, 72 anos).

Já a questão “Você acha bom cantar? Tem alguma coisa que te atrapalha cantar?”, obteve somente de 2 indivíduos, respostas que revelaram impacto negativo das condições bucais nessa atitude.

“Em público, a prótese pode ficar balançando, não arrisco!”
(sexo masculino, 70 anos).

“Tendo os dentes fica mais fácil cantar. Sem eles o som sai um pouco diferente. Continuo cantando, mas muda um pouco”.

(sexo masculino, 80 anos).

As questões que envolveram os atos de conversar com terceiros e de cantar podem ser avaliadas conjuntamente por serem de natureza semelhante. Ambas envolvem tanto a dimensão da fonação, que só foi mencionada por um único indivíduo, como também conseguem captar limitação no contato social devido a problemas com dentes, próteses ou com a falta deles. Essa última dimensão foi relatada por 3 indivíduos entrevistados (6,7%), uma vez que um mesmo indivíduo relatou esse problema em ambas as questões. Somente esses 4 indivíduos fizeram menção às condições bucais ao responderem essas questões. Sessenta por cento dos entrevistados afirmaram não ter nenhum problema para cantar e entre os que relataram problemas, o mais freqüente foi relacionado à voz. Com relação a conversar com outros, muitos se queixaram da solidão, da ausência de pessoas com quem falar. Outros relataram não gostar de “muito papo” devido à timidez, introversão e principalmente por considerarem chatos os outros idosos com quem poderiam manter uma relação de amizade. Entretanto, não houve nenhum outro relato que se relacionasse às condições odontológicas.

A baixa prevalência de indivíduos relatando limitação fonética no convívio social e incomodados com a aparência, talvez, e acredito eu, provavelmente, se deva ao fato de a população estudada ser institucionalizada.

Vieira (2002) afirmou que a conformação e a falta de esperança são elementos presentes na grande maioria dos espaços institucionais brasileiros. De alguma forma estes indivíduos se sentem enclausurados, e passam a ter, lá dentro, valores sociais diferentes. De fato, a maioria, não parece se abater ou mesmo se indignar com precárias condições de saúde bucal e nem mesmo com as limitações conseqüentes destas condições. Como estão quase todos na mesma situação, não se acanham e provavelmente nem pensam nisso. Os que gostam de cantar, conversar, sorrir, não vão deixar de fazer isso, se tiverem à oportunidade, porque não têm dentes, ou porque a prótese balança. Já os que não gostam, se revelaram pessoas mais tristes e insatisfeitas, provavelmente até deprimidas com sua situação geral, e mesmo os que afirmaram não gostar de conversar, conversaram, e muito, conosco. Muitos idosos considerados agressivos e autoritários, nos receberam extremamente bem. Muitos que afirmaram não gostar de conversar, concederam-nos entrevistas com duração de mais de uma hora, às vezes duas, contando muito além do perguntado, não poucas vezes, divagando sobre toda sua história de vida. Talvez estejam cansados de conversar sempre com as mesmas pessoas, os mesmos assuntos, como me relatou uma idosa. Mas não tem dente estragado, prótese quebrada ou qualquer outra situação bucal que os impeçam

de dar um grande e belo sorriso de alegria ao receberem visitas, ao serem considerados, escutados. É obvio que isso não significa que eles então não se importem ou não sofram com conseqüências de uma saúde bucal precária, mas diante dos outros problemas que enfrentam, da insatisfação geral com a vida, essas condições parecem adquirir uma dimensão menor. Isso não significa, em nenhuma instância, que por isso essas condições devam ou possam ser ignoradas. Além disso, é necessário considerar que as condições odontológicas podem não ser determinantes desse quadro negativo, de insatisfação e de desfavorabilidade em que se auto-enquadram, mas, com certeza contribuem. Eles se sentem velhos, inertes, aguardando a morte, e por isso aceitam com resignação a incapacitação e a deteriorização de seu quadro de saúde. Por outro lado, quanto mais se enxergam deteriorados e com capacidades cada vez mais limitadas, mais se sentem próximos do fim. Eles acreditam e aceitam a morte como algo tão próximo e certo, que permitem que seus corpos “morram” antes mesmo do fato se consumir.

“Sou canceroso, logo vou morrer. Não acho que vale a pena gastar com isso, tempo e dinheiro. Eu tenho pensado em outras coisas... Precisar, até que estaria precisando, não sei bem. Ah! Deixa pra lá. Não quero mexer com isso mais não”.
(sexo masculino, 70 anos, sobre a necessidade de ir ao dentista, FIG 7D – pág. 76).

Portanto, apesar da baixa percepção dos impactos que sofrem, da grande capacidade de adaptação às limitações que uma saúde bucal precária lhes imprime, ainda assim, 75% (35) dos indivíduos foram afetados por pelo menos uma das dimensões investigadas, estando este achado condizente com o precário quadro clínico encontrado. É preciso ressaltar que, para se chegar a esse resultado, foram contabilizados somente os indivíduos que literalmente relataram sofrer impactos em cada uma dessas dimensões, ou seja, aqueles que percebem alguma mudança comportamental associada às condições bucais. Não foram incluídos aqueles que não encararam a limitação como problema, mas que como discutimos anteriormente, também sofrem consequências, mesmo sem perceber, ou percebendo e aceitando suas precárias condições de saúde bucal. Tomemos a mastigação como exemplo. Quando perguntado diretamente sobre a existência de dificuldade para comer algum alimento, somente 17 indivíduos relataram que sim. Entretanto, quando perguntamos por alguns alimentos separadamente, percebemos que 32 indivíduos possuem deficiências mastigatórias, mas como utilizam maneiras alternativas para o consumo, não percebem que possuem essa limitação. Então, somente contabilizamos os 17 que reconhecem por si mesmo a deficiência que possuem. Portanto, apesar da alta a porcentagem encontrada de

indivíduos sofrendo impactos (75%), ainda assim, este dado está subestimado se considerarmos as limitações reais, e não somente as percebidas. Por outro lado, se eles próprios não encaram como problema às limitações que possuem, não seremos nós a afirmar o contrário. Não se pode afirmar que trazem prejuízos à qualidade de vida, se não as consideram como problema.

Talvez por essa razão, ao comparar estes resultados com os de Slade & Spencer (1994), apesar das dimensões investigadas serem um pouco diferentes, observa-se que a prevalência de impacto segundo cada dimensão foi um pouco menor do que a encontrada por aqueles autores. O fato de a população aqui contemplada ser institucionalizada parece, de fato, interferir na percepção das alterações funcionais, como já discutido.

A comparação desses resultados com os de outros autores é dificultada porque a maioria dos estudos neste campo utiliza indicadores que abordam as dimensões investigadas em conjunto, emitindo um escore médio dentro de uma escala para indicar quão a população contemplada é prejudicada ou não pelo seu status odontológico.

Além disso, é preciso ressaltar a importância da atenção multidisciplinar na assistência ao idoso. A visão tecnicista, puramente intervencionista e desvinculada da saúde geral, historicamente ligada à Odontologia e ainda muitas vezes presente nos dias de hoje,

é limitada e ultrapassada, completamente inadequada para o atendimento ao paciente geriátrico. A integração e a troca de saberes específicos de diversas áreas é crucial se o objetivo é o de promover e manter saúde no paciente idoso. Nenhuma área do conhecimento dará conta, de forma isolada, dos problemas associados à terceira idade, considerando a diversidade e a complexidade destes pacientes.

5.4 AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE BUCAL

De acordo com Kiyak (1993) é essencial entender como a pessoa percebe sua condição bucal, pois seu comportamento é condicionado pela percepção e pela importância dada a ela, e do ponto de vista prático, tem sido identificada como um importante fator preditor de frequência para procura de atendimento (GILBERT et al., 1994; MATTHIAS et al., 1995).

Até o momento, pode-se perceber que, no geral, a população estudada possui precário quadro clínico e alta prevalência de impactos das condições bucais na qualidade de vida. Apesar disso, a condição bucal foi avaliada positivamente por 67% (30) da população (8,88% como excelente e 57,78% como boa). Dez indivíduos avaliaram sua condição bucal como regular, 3 como ruim e somente 2 como péssima (GRAF. 8).

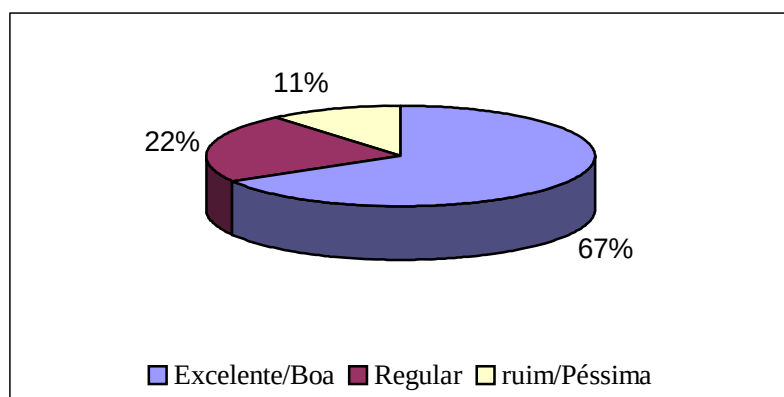


GRAFICO 8 - Autopercepção das condições de saúde bucal. Idosos residentes em uma instituição geriátrica de Belo Horizonte – 2003.

A auto-avaliação da condição bucal contrastou com a condição clínica, pois a maioria das pessoas entrevistadas teve visão positiva, mesmo com dados clínicos insatisfatórios. Além disso, como já comentado, 60% (27) dos indivíduos entrevistados acreditavam não estar necessitando de tratamento odontológico. Portanto, conclui-se que, de fato, a população contemplada possui precária percepção de suas condições bucais e de suas necessidades de tratamento. Gilbert et al. (1994), Mathias et al. (1995), Jokovic & Locker (1997), Silva & Fernandes (2001) também encontraram resultados semelhantes. O que pudemos observar através das falas e que está além do relatado por estes autores é que a precária percepção não está somente relacionada à falta de percepção de seus problemas bucais, está também e principalmente, relacionada à resignação e aceitação diante dos problemas que enfrentam. Mais estudos precisam ser realizados com intenção de “clarear” esta diferença entre falta de percepção e aceitação de problemas. Pesquisas qualitativas e multidisciplinares precisam ser realizadas com o intuito de compreender de maneira mais aprofundada esses achados.

Na TAB. 12 a população foi dividida em três categorias segundo a auto-avaliação da sua condição bucal (excelente/boa; regular;

ruim/péssima). Ela sumariza a relação entre estas categorias e algumas variáveis sociodemográficas, clínicas e subjetivas. Não é de surpreender que somente a variável relacionada à necessidade relatada de ir ao dentista tenha sido associada estatisticamente à autopercepção. Indivíduos que percebem sua condição bucal como ruim, realmente acreditam necessitar procurar atendimento. Entretanto, se possuem auto-avaliação positiva da cavidade bucal, apesar da grande quantidade de problemas, permanecerão acomodados e não buscarão cuidados. Esse é de fato um grande achado, pois se não houver uma conscientização dessa e de outras populações semelhantes, a respeito de suas condições, elas assim permanecerão indefinidamente. Somente quando houver mudança nos valores atribuídos a suas próprias vidas, vontade de viver com saúde e conseqüentemente com saúde bucal, além do entendimento de que é possível manter uma condição odontológica funcional e confortável, independentemente da idade, é que esses indivíduos ficarão mais críticos em relação às suas necessidades, e aí, provavelmente, reivindicarão cuidados.

Não houve relação estatística com nenhuma variável clínica. Vários estudos têm confirmado esta substancial diferença entre a avaliação do profissional e a percepção do paciente. Quanto ao índice CPO-D, especificamente, já havia sido observado que

ele não apresentava uma associação forte com a auto-avaliação, pois o índice considera igual peso para todos os seus componentes e os indivíduos conferem significados diferentes para cada componente (LEÃO & SHEIHAM, 1995; MATHTHIAS et al., 1995; SILVA & FERNANDES, 2001).

TABELA 12:

Distribuição de frequência, em números absolutos e valores médios, da auto-avaliação da condição bucal, segundo variáveis sociodemográficas, clínicas e subjetivas. Idosos residentes em uma instituição geriátrica de Belo Horizonte – 2003.

Variáveis	Excelente – Boa
Idade (num. Absoluto)	
50 a 60 anos	1
61 a 70 anos	6
71 a 80 anos	12
80 anos ou mais	10
Sexo (num. Absoluto)	
Feminino	18
Masculino	12
Valor pago à instituição em R\$ (núm. absoluto)	
0 a 250	7
350 a 500	5
601 a 800	6
801 a 1000	7
acima de 1000	4
CPO-D (média)	28,8 (DP=4,01)
Dentes presentes (média)	7,37 (DP=9,48)
Extração indicada por cárie (média)	0,567 (DP=1,79)
Extração indicada por periodontia (média)	0,433 (DP=1,176)
Necessidade percebida de ir ao CD	
Presente	7
Ausente	23
Incômodos (num.	

	absoluto)	
	Presente	13
	Ausente	17
	Dor no último ano	
	(núm. absoluto)	
	Presente	9
	Ausente	21
	Problemas com a aparência	
	(núm. absoluto)	
	Presente	5
	Ausente	25
	Problemas mastigatório s (núm. absoluto)	
	Presente	8
	Ausente	22
	Problemas com a fonação	
	(núm. absoluto)	
	Presente	1
	Ausente	29
	Limitação nas relações sociais	
	(núm. absoluto)	
	Presente	2
	Ausente	28

***Significância estatística**

Entretanto, a maioria dos estudos afirma que as variáveis referentes ao impacto psicossocial e principalmente à sintomatologia dolorosa comumente possuem forte associação com a necessidade percebida de tratamento odontológico e com a percepção em saúde bucal (MATHIAS et al., 1995; JOKOVIC & LOCKER, 1997; SILVA & FERNANDES, 2001). Entretanto, nem mesmo as variáveis relacionadas ao impacto psicossocial, à função mastigatória, ou mesmo a dor, revelaram uma

relação direta com a autopercepção. Este achado provavelmente é devido ao fato de a população aqui contemplada ser institucionalizada, e como já mostrado, se apresentar num quadro de conformismo e de falta de esperança. Embora quando avaliadas em conjunto, as variáveis relativas ao impacto tenham alcançado alta prevalência na população, quando consideradas individualmente, obtiveram baixa frequência, como discutido na sessão anterior. Este achado pode ser suportado pelos resultados de Mathias et al., (1995) que afirmaram que indivíduos com quadro de depressão e dependência tinham pior percepção de suas condições de saúde bucal quando comparados aos dados clínicos. Esse resultado precisa também ser melhor investigado em pesquisas futuras, buscando esclarecer se esta é uma característica mais prevalente entre idosos institucionalizados especificamente ou se é um sentimento que acompanha, equivocadamente, o processo de envelhecimento.

De fato, a melhoria das condições de saúde bucal parece, de fato, estar essencialmente ligada aos valores a esta atribuídos. Para se alcançar melhores condições de saúde bucal, será preciso uma postura mais ativa e consciente da população de terceira idade, seja ela institucionalizada, ou não. Para isso, é necessário que ela saiba para querer, e queira para pedir, e peça para receber (SHINKAI & CURY, 2000).

A informação e a orientação básica da população constituem os meios mais efetivos para modificar a autopercepção em relação à saúde bucal. É preciso retirar da população de terceira idade o estigma de naturalmente doente, idéia que, inclusive, o próprio indivíduo idoso tem de si. Só assim as necessidades de saúde serão percebidas e se tornarão reais. Somente a partir daí, ocorrerão mudanças de atitudes pessoais, que são pré-requisitos para a reivindicação de medidas específicas e sua aceitação.

Há que se destacar ainda, que num país como o Brasil, com escassos recursos destinados à saúde, e onde a oferta de serviços odontológicos destinados à população de terceira idade, na área pública, ainda é restrita, a elaboração de programas voltados também para a prevenção, autodiagnóstico e autocuidado podem ser a peça chave para uma maior cobertura da assistência, principalmente quando consideramos quão rápido este contingente populacional aumenta. Para tanto, o entendimento de como essa população percebe sua condição bucal, representa o primeiro passo (SILVA & FERNANDES, 2001; BRONDANI, 2002).

Deve ser discutida ainda a necessidade de eliminação de preconceitos. É preciso que haja afastamento de mitos e estereótipos que cercam o tratamento odontológico na terceira idade, bem como divulgação de informações entre cirurgiões dentistas, os demais profissionais de saúde, as autoridades e a população em geral, incluindo principalmente os idosos, seus familiares e cuidadores.

Para finalizar, é necessário enfatizar a urgente necessidade de políticas públicas direcionadas ao suporte de segmentos sociais desfavorecidos, a fim de melhorar a qualidade de vida destas pessoas (KIYAK, 2000). Se os idosos de maneira geral já constituem uma população que sofre com o abandono e o esquecimento, o que poderemos dizer a respeito dos idosos institucionalizados? A odontologia, juntamente com outras áreas da

saúde, do conhecimento e desenvolvimento humano, e da sociedade, tem mais este importante desafio a ser transposto. A administração do atendimento odontológico ao idoso institucionalizado é complexa, mas essencial. As instituições surgem para atender necessidades sociais e, portanto, a tendência é que estes espaços se multipliquem em decorrência do “envelhecimento populacional” (ELLIS, 1999, PADILHA et al., 2001). No Brasil, o modelo de assistência geriátrica institucionalizada, na grande maioria dos casos, é de descaso, desrespeito e negligências (VERAS, 2002). Mas por que não acreditar que é possível inverter esse modelo frente às novas necessidades sociais? Se o idoso tiver vez e voz, ele poderá reiniciar um processo de vida interessante. Uma velhice participativa e crítica, disposta a reencontrar a felicidade. É este o desafio que temos pela frente.

6 CONCLUSÕES

*“Ando devagar porque já tive pressa
e levo esse sorriso porque já chorei demais*

Hoje me sinto mais forte, mais feliz quem sabe,

Eu só levo a certeza de que muito pouco eu sei,

Nada sei,

(...)

Cada um de nós compõe a sua própria história

E cada ser em si carrega o dom de ser capaz

De ser feliz”

Renato Teixeira / Almir Sater

6 CONCLUSÕES

A partir da análise dos dados encontrados, pode-se concluir que:

- São precárias as condições de saúde bucal da população avaliada e, do ponto de vista normativo, existe grande necessidade acumulada por tratamento odontológico;**
- A autopercepção da condição bucal contrastou com a condição clínica, pois a maioria dos idosos entrevistados teve visão positiva, mesmo com dados clínicos insatisfatórios;**
- A maioria dos idosos institucionalizados entrevistados acredita ser necessário um atendimento odontológico especial para pessoas com mais de 60 anos, referindo-se principalmente a atenção e paciência que os profissionais devem ter com estes pacientes;**

- **Entre as qualidades e defeitos apontados para o Cirurgião Dentista, as mais citadas se relacionavam à competência técnica e à habilidade no relacionamento profissional-paciente;**
- **Grande parte dos idosos institucionalizados entrevistados (75%) sofre algum impacto na qualidade de vida devido às condições odontológicas, apesar da baixa percepção, da subestimação de sintomas, da resignação e da grande capacidade de adaptação a estas limitações. A maioria as encara como consequência inevitável da idade, e não como um problema que mereça ser corrigido;**
- **A autopercepção não esteve associada estatisticamente com nenhuma variável clínica ou relacionada ao impacto na qualidade de vida. Este achado parece ser devido ao quadro de resignação e de falta de esperança em que grande parte dos entrevistados se encontra;**

- **Somente a variável relacionada à necessidade relatada em ir ao dentista esteve associada estatisticamente com a autopercepção;**
- **É preciso retirar da população de terceira idade o estigma de naturalmente doente, idéia que, inclusive, o próprio indivíduo idoso tem de si. Só assim as necessidades de saúde serão percebidas. Essa percepção consciente é pré-requisito para a reivindicação de medidas específicas e sua aceitação. A informação e a orientação básica da população podem ser meios efetivos para modificar a autopercepção em relação à saúde bucal de idosos.**

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALLEN, F.; LOCKER, D. A modified short version of the oral health impact profile for assessing health related quality of life in edentulous adults. **Int J Prosthodont** v. 15, n. 5, p. 446-450, 2002.

ALMEIDA, M.I.; SILVA, M.J.; ARAÚJO, M.F.M. Grupo vida: adaptação bem sucedida e envelhecimento feliz. **Rev. Assoc. Saúde Pública Piauí** n. 1, v. 2, p. 155-62, Dez.1998.

ATCHISON, K.A.; DOLAN, T.A. Development of geriatric oral health assessment index. **Dental Educ**, v. 54, p. 680-687, 1990.

BARMES, D.E. Public policy on oral Health and old age: a global view. **J Public Health Dent** v. 60, n. 4, p. 335-337, 2000.

BARRETO, M.L.; CARMO, E.H. determinantes das condições de saúde e problemas prioritários no país. In: **Efetivando o SUS: Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social**. Texto elaborado como subsídio aos debates da XI Conferência Nacional de Saúde, Brasília, Dez, 2000.

BELO HORIZONTE. **Política Municipal do Idoso (1999)**. Lei Municipal 7030; 30 de dezembro de 1999. Belo Horizonte – MG.

BERTI, M. **Autopercepção e avaliação das condições de saúde bucal de idosos**. 2002, 125p. Tese (Doutorado em Odontologia, área de concentração Odontologia Preventiva e Social) - Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista. Araçatuba - SP.

BORBA, F.S. (Coord); BAZZOLLI, M.B.; BORBA, M.R.; SILVA JR, B.F. Melhoramentos dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 1988. 1126p.

BRAGA, S.R.S., TELAROLLI-JÚNIOR, R., BRAGA, A.S., CATIRSE, A.B.C.E.B. Avaliação das condições e satisfação com as próteses em idosos da região central do estado de São Paulo (Brasil). Rev Odontol UNESP v. 31, n. 1, p. 39-48, 2002.

BRADSHAW, J.S. A taxonomy of social need. In: McLACHLAN, G. (Ed) Problems and progress in medical care. Seventh Series. Oxford University Press, p. 69-82, 1972 apud SHEIHAM, A. A determinação de necessidade de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: PINTO, V.G. (Ed.) Saúde Bucal Coletiva. 4. ed. São Paulo: Editora Santos, 2000. p 223-250.

BRASIL, Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde bucal.
Levantamento epidemiológico em saúde bucal **Brasil, zona urbana,**
1986. Brasília, 1988. 127 p.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa
do Brasil, 1988. **Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988, 292**
p.

BRASIL. Congresso NacionalPolítica Nacional do Idoso (1994). **Lei**
Federal 8842 de 04 Jan 1994, regulamentada pelo Decreto Federal
1948 de 03 de Julho de 1996. Brasília, - Senado Federal.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Idoso
(1999). **Portaria MS 1395/ GM de10 de Dezembro de 1999. Brasília,**
1999.

BRASIL, Congresso Nacional. **Estatuto do Idoso (2003)** Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003.

BRETZ, W.A., LOESCHE, W.J., CHEN, Y.M., SCHORK, M.A., DOMINGUEZ, B.L. and GROSSMAN, N. Minor salivary gland secretion in elderly. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**: v. 89, n. 6, June, 2000.

BRONDANI, M.A. Educação preventiva em Odontogeriatrica – mais do que uma realidade, uma necessidade. **Rev Odonto Ciência – Faculdade Odontologia/PUCRS** v. 17, n. 35, p. 57-61, 2002.

CHIVERS, L.S.; GILBERT, G.H.; SHELTON, B.J. Two-year incidence of oral disadvantage, a measure of oral health-related quality of life. **Community Dent Oral Epidemiol** v. 31, p. 21-29, 2003.

CHAVES, E.M., TAYLOR, G.W., BORREL, L.N. and SHIP, J.A. Salivary function and glycemic control in older persons with diabetes. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radio Endod** v. 83, p. 305-311, 2000.

CHAYMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública** v. 31, n. 2, p. 1997.

CHAYMOWICZ, F., GRECO, D.B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Rev. Saúde Pública** v. 33, n. 5, p. 1999.

CHIANCA, T.K.; DEUS, M.R.; DOURADO, A.S.; LEÃO, A.T.; VIANNA, R.B.C. El impacto de la salud bucal em la calidad de vida. **Rev Fola/Oral** v. 16, p. 96-102, Jul/Octubre, 1999.

COAST, J.; DONOVAN, J.; FRANKEL, S. **Priority setting: the health care debate**. Chichester: John Wiley & Sons, 1996 apud SHEIHAM, A. A determinação de

necessidade de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: PINTO, V.G. (Ed.) **Saúde Bucal Coletiva**. 4. ed. São Paulo: Editora Santos, 2000. p 223-250.

COLINA, E.A D.; MOJENA, G.H.; RODRIGUES, O .B.; IGARZA, N.R. Los círculos de abuelos como elemento de promocion de salud em el anciano. **Rev Cuba Saúde Pública** n. 19, v. 1, p. 5-12, Jun, 1993.

CUNHA, U.G.V.; BARROS JÚNIO, O.R.; SIQUEIRA, A.L.
Levantamento psicogeriátrico em asilos. J Bras Psiq v. 34, n. 6,
p.389-394, 1985.

DOLAN, T.A. Identification of appropriate outcomes for an aging
population. Spec Care in Dentistry v. 13, p. 35-39, 1993.

DOLAN, T.A. The sensivity of geriatric oral health assessment
index to dental care, J of Dental Educ v. 61, n. 1, p. 36-46, 1997.

ELLIS, A.G. Geriatric dentistry in long-term-care facilities: current
status and future implications. Special care in Dentistry v. 19, n. 3, p
139-142, 1999.

FAX, C. Principais patologias e medicação de rotina nas instituições assistenciais para o idoso no Estado de Minas Gerais. Anbras. Geriat. Gerontol. v. 2, n. 2, p. 73-94, 1980 apud CUNHA, U.G.V.; BARROS JÚNIO, O.R.; SIQUEIRA, A.L. Levantamento psicogeriátrico em asilos. J Bras Psiq v. 34, n. 6, p.389-394, 1985.

FLORESTA, C. Idosos viverão mais 17 anos em média. Folha de São Paulo, Caderno Campinas, 23 de setembro de 1999. p. 3-9. 1999. apud TIN, E. Odontogeriatría: Imperativo no ensino odontológico diante do novo perfil demográfico brasileiro. 1 ed. Campinas: Editora Alínea, 2001. 86 p

FRARE, S.M., LIMAS, P.A., ALBARELLO, F.J., PEDOT, G., RÉGIO, R.A. A terceira idade: quais os problemas bucais existentes? Rev APCD v. 51, n. 6, p. 573-576, 1997.

GILBERT, G, H; HEFT, M.W., DUNCAN, R.P., RINGELBERG, M.L. Perceived need for dental care in dentate older adults. Int Dent J v. 44, p. 145-152, 1994.

GUERRA, C.M.F.; GONÇALVES, S.L.M.; VIANNA, K.R.;MELLO, M.C.; MELO, P.M. Realidade odontológica do indivíduo da terceira idade. An Fac Odont Pernambuco; v. 10, n. 1, p. 27-30, 2000.

GUIA de remédios. 4ª ed. Rio de Janeiro. Ed. Escala Ltda, 1999. p. 400.

GUSMÃO, N.M.M. A maturidade e a velhice: um olhar antropológico. In: NERI, A L.(Org.). Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociais. Campinas, SP: Papyrus, 2001. 200p. Cap. 6, p. 113-139.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário estatístico. Rio de Janeiro, 1998.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000 – resultados do Universo, 2002 (on line). Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/>> Acesso em março/2003.

JECKEL-NETO, E.A. Tornar-se velho ou ganhar idade: o envelhecimento biológico revisado. In: NERI, A L.(Org.). Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociais. Campinas, SP: Papirus, 2001. 200p. Cap. 2, p. 39-52.

JITOMIRSKI, F. Atenção a idosos. In: PINTO, V.G. (Ed.) **Saúde Bucal Coletiva**. 4. ed. São Paulo: Editora Santos, 2000. p. 120-134.

JITOMIRSKI, F; JITOMIRSKI, S. **O que os cuidadores de idosos precisam saber sobre a saúde bucal**. Curitiba, s.n. set. 1997. 16p. ilustr.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D. Dissatisfaction with oral health status in an older adult population. **J Oral Health Dent** v. 57, n. 1, p. 40-47, 1997.

JONES, J.A. Root caries: prevention and chemotherapy. **Am J Dent** v. 8, n. 6, Dec, p. 352-357, 1995

JOSHIPURA, K.J.; WILLET, W. C.; DOUGLAS, C.W. The impact of edentulousness on food and nutrient intake. **JADA**, v. 127, April, 1996.

KIYAK, H.A. Age and Culture: influences on oral health behavior. **Int Dent J** v. 43, p. 9-16, 1993.

KIYAK, H.A. Successful agingÇ Implications for oral health. **J Public Health Dent** v. 60, n. 4, p. 276-281, 2000.

LAMY, M.; HOCKERS, T. Epidemiology of various oral-dental problems in aging patients. **Rev Belg Med Dent** v. 54, n. 1, p. 18-28, abstract, 1999.

LEÃO, A.; SHEIHAM, A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. **Community Dental Health** v. 13, p. 22-26, 1995.

LEÃO, A.; SHEIHAM, A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. **J Dent Res** v. 74, p. 1408-1413, 1996.

LINDHE, J. **Tratado de Periodontologia Clínica**. 2 ed..Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1992, 494 p.

LOCKER, D.; Clarke, M.; PAYNE, B. Self-perceived oral health status, psychological well being, and life satisfaction in an older adult population. **J Dent Res** v. 79, n. 4, p. 970-975, Apr, 2000.

LOCKER, D.; SLADE, G. Association between clinical and subjective indicators of oral health status in an older adult population. **Gerodontology** v. 11, n. 2, p. 108-114. Dec, 1994.

LOCKER, D. Concepts of oral health, disease, and the quality of life. In: SLADE, G.D. (Ed.) **Measuring oral health and quality of life**. University of North Caroline, p. 12-23, 1997.

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

LOCKER, D. Does dental care improve the oral health of older adults: **Community Dental Health** v. 18, n. 1, p. 7-15, 2000.

LOCKER, D. Changes in chewing ability with ageing: a 7-year study of older adults. **J Oral Rehabilitation** v. 29, p. 1021-1029, 2002.

LOCKER, D.; JOKOVIC, L.D. Using subjective oral health status indicators to screen for dental care needs in older adults. **Community Dent Oral Epidemiol** v. 24, p. 398-402, 1996.

LOCKER, D.; MATEAR, D.; LAWRENCE, H. General health status and changes in chewing ability in older Canadians over seven years. **J Public Health Dent** v. 62, n. 2, p. 70-77, 2002.

LOE, H.; SCHIOTT, C.R.. The effect of suppression of the oral microflora upon the development of dental plaque and gingivitis. **Journal of periodontal research**, p. 79-83, 1970 apud LINDHE, J. **Tratado de Periodontologia Clínica**. 2 ed..Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1992, 494 p.

MACENTEE, M.I. Does the dental profession care for disable elders? Some practical questions. **J Can Dent Assoc** v.56, n. 3, p. 215-217, Mar, 1990.

MACENTEE, M.I. How severe is the threat of caries to old teeth? **J Prosthet Dent** v. 71, n. 5, p. 473-477, May, 1994.

MARCENES, W.; STEELE, J.G.; SHEIHAM, A.; WALLS, A.W.G. The relationship between dental status, food selection, nutrient intake, nutritional status, and body mass index in older people. **Cadernos de Saúde Pública** v. 19, n. 03, 2003.

MARCHINI, L.; MONTENEGRO, F.L.B.; CUNHA, V.P.P.; SANTOS, J.F.F. Prótese dentária na terceira idade. **Rev APCD** v. 55, n. 2, p. 83-87, mar/abr, 2001.

MARQUES, F.C.; MOREIRA, A.N.; FERREIRA, E.F.; FERREIRA, R.C.; RIBEIRO, M.T.F. Avaliação de um grupo de cuidadores de idosos em relação ao conhecimento e práticas de saúde bucal nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte. In: Semana de Iniciação científica da Faculdade de Odontologia da UFMG, 2003.

MASCARENHAS, A.K. A comparison of oral health in elderly populations seeking and not seeking dental care. **Spec Care Dent** v. 19, n. 6, p. 248-253, 1999.

MATTHIAS, R.E.; ATCHISON, K.A.; LUBBEN, J.E.; DE-JONG, F.; SCHWEITZER, S.O. Factors affecting self-ratings of oral health. **J Public Health Dent** v. 55, n. 4, p. 197-204, 1995.

MATTHIAS, R.E.; ATCHISON, K.A.; SCHWEITZER, S.O.; LUBBEN, J.E.; MAYER-OAKES, A.; DE-JONG, F. Comparisons between dentist rating and self-ratings of dental appearances in an elderly population. **Spec Care Dent** v. 13, n. 2, p. 53-60, 1993.

MELLO, A.L.S.F. & PADILHA, D.M.P. Condições de higiene bucal de idosos residentes em instituições geriátricas de pequeno porte em Porto Alegre. **Rev Fac Odontol** v. 43, n. 2, p. 12-19, 2001.

MELLO JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D.; LAURENTI, R. **A saúde no Brasil:** Análise do período de 1996 a 1999. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001. 244 p.

MEYEROWITZ, C. Geriatric dentistry and prevention: research and public policy (reaction paper). **Adv Dent Res** v. 5, p. 74-77, Dec., 1991.

NERI, A L. Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em psicologia e em sociologia. In: NERI, A.L. (Org.). Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociais. Campinas, SP: Papirus, 2001. 200p. Cap. 1, p. 11-37.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Levantamentos Básicos em Saúde Bucal**. 4. ed. Editora Santos: Organização Mundial de Saúde, 1999. 66 p.

PADILHA, D.M.P., CARVALHO, E.D., MELLO, A.L.S.F. Abordagem sistemática para o atendimento odontológico em instituições geriátricas. **Rev Fac Odontol** v. 42, n. 1, p. 34-37, 2001.

PARAJARA, F & GUZZO, F. Sim, é possível envelhecer saudável! **Revista da APCD**. v. 54, n. 2, p. 91-99, Mar/Abr., 2000.

PUCCA JÚNIOR, G.A. Saúde Bucal do Idoso: aspectos sociais e preventivos. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerodontologia** São Paulo: Atheneu, p.297-310, 1996.

PINTO, V.G. A Odontologia Brasileira às vésperas do ano 2.000. Diagnósticos e caminhos a seguir. Brasília, DF, Livraria e Editora Santos, 1993. 192p.

PINTO, V.G. (Ed.) **Saúde Bucal Coletiva** 4.ed. São Paulo: Editora Santos, 2000. 541p.

RAPHAEL, D.; BROWN, I.; RENWICK, R.; ROOTMAN, I. Quality of life theory and assessment: what are the implications for health promotion. University of Toronto, Center of health promotion, 1994 apud PINTO, V.G. (Ed.) **Saúde Bucal Coletiva** 4. ed. São Paulo: Editora Santos, 2000. 541 p.

ROBINSON, P. G.; NADANOVSKY, P.; SHEIHAM, A. Can questionnaires replace clinical surveys to assess dental treatment needs of adults? **J Public Health Dent** v. 58, n. 3, p. 250-253, 1998

ROCHA, E.S.; MATTAR, D.D.S.; MARTINS, C.R. Lesões de mucosa bucal em idosos. **Rev CROMG** v. 8, n. 2, p. 134-143, Abr/Mai/Jun, 2002.

ROSA, AG.; CASTELLANOS, R.A; PINTO, V.G. Saúde bucal na terceira idade – Um diagnóstico epidemiológico. **RGO** v. 41, n. 2; p. 97-102, mar/abr, 1993.

ROSA, AG.; FERNANDES, R.A; PINTO, V.G.; RAMOS, L.R. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no município de São Paulo- Brasil. **Rev Saúde Pública** v. 26, n. 3, p. 155-160, Jun, 1992.

SALIBA, C.A.; SALIBA, N.A.; MARCELINO, J.; MOLMAZ, S.A.S. Saúde bucal dos idosos: Uma realidade ignorada. **Rev APCD** v. 53, n. 4; p. 279-282, jul/ago, 1999a.

SALIBA, C.A.; SALIBA, N.A.; MARCELINO, J.; MOLMAZ, S.A.S. Auto-avaliação de saúde na 3^o idade: sobre saúde bucal através de um inquérito. **RGO** v. 47, n. 3; p. 127-130, jul/set, 1999b.

SANTOS, R.N. **Distribuição das doenças da cavidade bucal nos usuários do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte**: Um estudo de prevalência, 1996, 224p. Dissertação (Mestrado em odontologia, Clínica Odontológica) - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

SHEIHAM, A. A determinação de necessidade de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: PINTO, V.G. (Ed.) **Saúde Bucal Coletiva**. 4. ed. São Paulo: Editora Santos, 2000. p 223-250.

SHEIHAM, A.; STEELE, J. G., MARCENES, W., LOWE, C.; FINCH, S.; BATES, C.J.; PRENTICE, A.; WALLS, A.W.G. The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. **J Dent Res** v. 80, n. 2, p. 408-413, 2001.

SHINKAI, R.S.A. & BEL-CURY, A.A. D. O papel da Odontologia na equipe interdisciplinária: contribuição para a atenção integral ao idoso. **Cad Saúde Pública**. v. 16, n. 4, p. 1099-1109, out-dez., 2000.

SILVA, S.R.C.; FERNANDES, R.A C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev. Saúde Pública** v. 35, n. 4, São Paulo, Ago, 2001.

SILVETRS, J.A.; KALALCHE, A; RAMOS, L.R.; VERAS, R.P. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. *Rev. Secretários Saúde*, v. 26, p. 12-17, 1997.

SIMÕES, C.C.S. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil**: uma análise dos condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 141p.

SLADE, G.D.; SPENCER, A.J. Social impact of oral conditions among older adults. **Austr Dent J** v. 39, p. 358-364, 1994.

SLADE, G.D. Derivation and valuation of a short-form oral health impact profile. **Community Dent. Oral Epidemiol.**: v. 25; p. 284-290, 1997.

SRISILAPANAN, P.; SHEIHAM, A. Assessing the difference between sociodental and normative approaches to assessing prosthetic dental treatment needs in dentate older people. **Gerodontology** v. 18, n. 1, p. 25-34. Jul, 2001.

STEELE, J.G.; AYATOLLAHI, S.M.T.; WALLS, A.W.G.; MURRAY, J.J. Clinical factors related to reported satisfaction with oral function amongst dentate older adults in England. **Community Dent Oral Epidemiol** v. 25, p. 143-149, 1997.

TEIXEIRA, J.J.V.; LEFÈVRE, F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. **Rev. Saúde Pública** v. 35, n. 2, São Paulo, Abr, 2001.

TENOVUO, J. Oral defense factors in the elderly. **Endod Dent Traumatol** v. 8, n. 3, p. 93-98, Jun, 1992.

TIN, E. **Odontogeriatrics**: Imperativo no ensino odontológico diante do novo perfil demográfico brasileiro. 1 ed. Campinas: Editora Alínea, 2001. 86 p.

VERAS, R.P.; RAMOS, L.R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na comunidade. **Rev. Saúde Pública** v. 21, n. 3, p. 225-233, 1987.

VIEIRA, E.B. **Instituições Geriátricas**: avanço ou retrocesso? 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. 99p.

VRBIC, V. Clinical aspects of root surface caries. **Zobozdrav Vestn** v. 44, n. 4-5, p. 95-97, abstract, 1989.

XAVIER, M.F.; FERRAZ, M.T.; TRENTI, C.M.; ARGIMON, I.; BETOLLUCCI, P.H.; POYARES, D.; MORIGUCHI, E.H. Transtorno da ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. **Rev. Saúde Pública** v. 35, n. 3, p. 294-302, 2001.

WALLS, A.W.G.; STEELE, J.G.; SHEIHAM, A.; MARCENES, W.; MOYNIHAN, P. J. Oral health and nutrition in older people. **J Public Health Dent** v. 60, n. 4, p. 304-307, 2000.

WERNER, C.W.; SAUNDERS, M.J.; PAUNOVICH, E; YEH, C.
Odontologia geriátrica. Revista da Faculdade de Odontologia de Lins
v. 11, p. 62-70, 1998.

WHELTON, H.P.; HOLLAND, T.J.; O'MULLANE D.M. The
prevalence of root surface caries amongst Irish adults.
Gerodontology v. 10, n. 2, p. 72-75, Dec, 1993.

8 APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A: Formulário adaptado da OMS para estudos epidemiológicos

Data: __/__/	Valor contribuição mensal	Ala										
INFORMAÇÕES GERAIS:												
Nome: _____		Número de Identificação										
Data de Nascimento: Mês Ano 		Idade: Sexo (M=1, F=2)										
LOCOMOÇÃO 0=Acamado 1=Marcha com auxílio 2=Marcha livre	CONVIVE COM A FAMÍLIA 0=Sim	MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO: 										
ATIVIDADES DIÁRIAS 0=Independente 1=Parc. Depend. 2=Dependente	ESTADO CIVIL: 0=Solteiro 1=Casado 2=Separado/ divorciado 3=Viúvo	AVALIAÇÃO CLÍNICA EXTRABUCAL (ulcerações, feridas, lesões, fissuras): 0=Aparência extrabucal normal 1=Cabeça, pescoço, membros 2=Nariz, bochecha, mento 3=Comissura labial 4=Lábios 5=Linfonodos enfiatados (cabeça e pescoço) 6=Outros inchaços da face e maxila 9= Não registrado										
HÁBITOS: 0=Nenhum 1=Fuma 2=Bebe 3=Morde objetos												
CONDIÇÃO MUCOSA BUCAL 0= Ausência de condições anormais 1=Tumor 2=Leucoplasia 3=Eritroplasia 4=Ulcerações (aftosa, herpética, traumática) 5=Guna 6=Candidíase 7=Abscesso 8=Outra condição _____ 9= Não registrado		 										
CONDIÇÕES PROTÉTICAS 0=Sem necessidade de próteses removíveis 1=PPR satisfatória 2=PT satisfatória 3=Necessidade de PPR (colocação ou substituição) 4=Necessidade de PT (colocação ou substituição) 5=Necessidade de reparos na PT 6=Necessidade de reparos na PPR 7=Ausência de dentes, mas com impossibilidade de receber prótese (Estado psicológico, rebordo inadequado ou outra condição.) Especificar _____ 9=Não registrado		HIGIÊNE ORAL <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <th></th> <th>Boca</th> <th>Prótese</th> </tr> <tr> <td>Suficiente</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Insuficiente</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			Boca	Prótese	Suficiente			Insuficiente		
	Boca	Prótese										
Suficiente												
Insuficiente												
		PRÓTESE: 0=Não tem 1=Tem e usa 2=Tem e não usa										
NECESSIDADE DE TRATAMENTO IMEDIATO 1=Não 2=Dor ou infecção 3=Outra condição Especificar _____												

[illegible]

[illegible]

APÊNDICE B: ENTREVISTA ESTRUTURADA

NOME: _____	Nº de identificação: ____
ALA: _____	Data: _____

1) Como você acha que está sua boca atualmente?

0=excelente	1=boa	2=nem boa nem ruim	3=ruim	4=péssima	9= não sabe ou recusou
-------------	-------	--------------------	--------	-----------	------------------------

2) O que mais te incomoda em sua boca atualmente?

3) Você sentiu dor nos dentes ou gengivas no último ano?

4) Você precisou usar algum medicamento para alívio de dor relativa a boca no último ano?

0=não	1=sim	9=não sabe
-------	-------	------------

Qual?

5) Você usa ou precisa de prótese removível (dentadura ou Roach)?

0=não precisa
1=precisa, usa e está boa

Sup

2=precisa, usa, mas não está boa

3=precisa, mas não tem

4=tem e não usa pq. não gosta

5=tem e não usa pq. está ruim

6=outro. Especificar _____

9=não sabe ou recusou.

Inf

6) Você tem dificuldade para comer algum alimento?

0=não	1=sim	9=não sabe
-------	-------	------------

7) Você acha que está precisando ir ao dentista?

0=não	1=sim	9=não sabe
-------	-------	------------

8) Em caso afirmativo, de que você precisa? (Colocar em ordem de importância)

0=limpeza, prevenção

1=tratar os dentes (restaurações, cáries)

2=tratar as gengivas

3=tratar machucados ou feridas na boca

4=tratar secura ou gosto ruim na boca

5=extrair dentes

6=colocar prótese (dentadura ou roach)

7=substituir próteses (dentadura ou roach)

8=outros (especificar) _____

9=não sabe ou recusou

	10
	20
	30
	40

9) Você teria algum problema em se alimentar em um

0=não	1=sim	9=não sabe
-------	-------	------------

Por que? _____

10) Você tem costume de comer esses alimentos? (em caso negativo apontar a razão)

Alimento	Sim	Não	Por Que?
Maça inteira com casca			
Chupar laranja			
Doces			

Carne em pedaços			
Arroz e feijão			
Milho na espiga			
Pão não molhado			
Salada de verdura crua			
Torradas			
Sorvete			
Torresmo			

11) Se alguém tirar uma fotografia sua você prefere aparecer

Sorrindo ou Sério ?

Por que?

12) Quando foi sua última visita ao dentista?

0=nunca foi

1=mais de 20 anos

2=entre 10 e 20 anos

3=entre 5 e 10 anos

4=entre 2 e 5 anos

5=de 1 a 2 anos

6=menos de 1 ano

9=não sabe ou recusou

13) Você conversa muito com outras pessoas?

Você gosta?

0=não

1=sim

9=não

0=não	1=sim	9=não
-------	-------	-------

14) É difícil para você ir ao dentista?

15) Em caso afirmativo, por que? (colocar em ordem de importância)

0=falta de dinheiro

1=consultório longe, dificuldade em ir até lá

2=falta de companhia, alguém para te levar

3=porque não tem aonde ir

4=medo

5=falta de tempo

6=achou que não ia se beneficiar com o tratamento

7=ficou insatisfeito com tratamento anterior

	1o
	2o
	3o

8= **0** utros. Especificar _____

9= não sabe ou recusou

16) Você acha bom can

0=não	1=sim	9=não sabe
-------	-------	------------

0=não	1=sim	9=não sabe
-------	-------	------------

17) Tem alguma coisa que te atrapalha cantar?

O que?

18) Como você avalia o último dentista que você foi?

0=excelente	1=bom	2=nem bom nem ruim	3=ruim	4= péssimo	9= não sabe ou recusou
-------------	-------	--------------------	--------	------------	------------------------

19) Como você avalia o último tratamento odontológico que recebeu?

0=excelente	1=bom	2=nem bom nem ruim	3=ruim	4= péssimo	9= não sabe ou recusou
-------------	-------	--------------------	--------	------------	------------------------

**20) Para você um bom dentista precisa ter que qualidades principais?
Aponte as três qualidades mais importantes para você**

21) Para você quais os três piores defeitos que um dentista nunca deveria ter?

22) A respeito da limpeza de sua boca

	sim	não	às zes
É fácil para você fazer a limpeza de sua boca e prótese?			
Você limpou ontem?			
Você precisa de ajuda?			

23) Você acha que deveria ter um tratamento especial para pessoas com mais de 60 anos? Como você acha que deveria ser este tratamento? Como você gostaria de ser atendido(a)?

0=não	1=sim	9=não sabe
-------	-------	------------

Formulário de Consentimento da Instituição

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Odontologia
Departamento de Odontologia Social e Preventiva
Mestrado de Odontologia em Saúde Coletiva

CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

Estamos realizando uma pesquisa que tem por objetivo avaliar as necessidades odontológicas, bem como a resolutividade destas necessidade e a expectativa de uma população de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade de Belo Horizonte. Para tanto, gostaríamos de eleger o Recanto Nossa Senhora da Boa Viagem como a instituição participante deste estudo.

O trabalho consistirá de uma entrevista e de um levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal dos idosos ai residente e dos frequentadores do Projeto de Lazer na Terceira Idade, desde que cada participante também aceite participar desta pesquisa.

Os dados serão obtidos através dos roteiros anexados. Um exame odontológico de cada idoso será realizado com material descartável, no próprio pátio da instituição, para se verificar as condições de saúde bucal. Posteriormente uma entrevista em forma de questionário será realizada com cada idoso, desde que tenham condições para responder as perguntas e aceitem respondê-las. Este questionário aborda questões a respeito das expectativas em relação ao tratamento odontológico, bem como avaliam como os problemas odontológicos interferem na qualidade de vida destas pessoas. Os dados obtidos serão usados de forma sigilosa e ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora.

Todos os problemas odontológicos verificados serão solucionados através do encaminhamento destes pacientes ao Projeto de Extensão Atenção Básica ao Idoso da Faculdade de Odontologia da UFMG ou ao serviço odontológico da Fundação Boa Viagem. O transporte destes pacientes fica a cargo desta instituição.

Vocês tem a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização ou prejuízo. Em caso de dúvidas a respeito deste trabalho, podem telefonar para a Professora Efigênia, minha orientadora, pelo telefone 9985-2256 ou para o COEP (Comitê de Ética em Pesquisa) no telefone 3248-9364.

Atenciosamente,

Desirée Sant'Ana Haikal – pesquisadora responsável- Tel: 3371-4953

Eu, Weller son Luiz de Paula Gomes, CI nº CRC-36900, superintendente geral da Fundação Boa Viagem, estou a par dos termos e procedimentos a quais os idosos residentes ou frequentadores do Recanto da Boa Viagem serão submetidos neste trabalho e dou pleno consentimento de execução.

Belo Horizonte, 30 de agosto de 2002.

[Assinatura]
Assinatura do Administrador Responsável

1^o via - Instituição
2^o via - Pesquisadora

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando um estudo que tem o objetivo de conhecer os problemas presentes na boca, o que é preciso para resolver estes problemas e o que você e outras pessoas de sua idade esperam do dentista e do tratamento de dentes. Se você concordar, gostaríamos que você participasse deste estudo.

Se você aceitar, farei um exame da sua boca, com luvas descartáveis, de maneira rápida e sem nenhuma dor. Depois do exame, algumas perguntas serão feitas, e você poderá responder somente se souber ou quiser, como em uma entrevista. Estas perguntas são sobre como você gostaria que fosse o seu tratamento no dentista, o que você gostaria de tratar e se os seus dentes ou dentadura te impedem de fazer alguma coisa. Você pode participar mesmo se não tiver nenhum dente. O que você responder será anotado por mim e usado no nosso trabalho, mas sua identidade será preservada, garantindo sua privacidade. Você não terá que pagar nada por este exame.

Se ao exame observarmos que você precisa de tratamento, e desde que você deseje ser tratado, encaminharemos você para receber este tratamento na Faculdade de Odontologia da UFMG ou no Serviço Odontológico da Fundação Boa Viagem. O tratamento na Faculdade de Odontologia é gratuito e na Fundação é cobrada uma taxa mínima

paga a própria Fundação. Se você necessitar de trabalhos de prótese (dentadura, Roach ou coroas) a parte do laboratório será de sua responsabilidade em qualquer dos dois locais de atendimento.

Você tem toda liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalização ou prejuízo. Se você tiver dúvidas sobre este trabalho, pode telefonar para a Professora Efigênia, minha orientadora, pelo telefone 9985-2256 ou para o COEP (Comitê de Ética em Pesquisa) no telefone 3248-9364.

Atenciosamente,

Desirée Sant'Ana Haikal
Pesquisadora responsável
Tel: 3371-4953

Eu,

CI no _____, entendi e aceito participar deste estudo.
Belo Horizonte, ____ de _____ de 2002.

Assinatura do Participante

10 via – _____

**APÊNDICE E: TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA
– RESPONSÁVEL PELO IDOSO INCAPACITADO CIVIL.**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando um estudo que tem o objetivo de conhecer as necessidades de tratamento odontológico e o que é preciso para resolver estas necessidades de pacientes idosos. Se você concordar, gostaríamos que você autorizasse a participação neste estudo do idoso por quem você é responsável .

Se você aceitar, será feito por mim um exame na boca do participante com luvas descartáveis, de maneira rápida e sem nenhuma dor. O que for encontrado será anotado e usado neste trabalho, porém a identidade do participante será preservada, garantindo sua privacidade. Mesmo quem não tem nenhum dente pode participar. Você não terá que pagar nada por este exame.

Se ao exame observarmos que o participante precisa de tratamento, o encaminharemos para receber este tratamento na Faculdade de Odontologia da UFMG (onde o tratamento é gratuito) ou no Serviço Odontológico da Fundação Boa Viagem (onde é cobrada uma taxa mínima paga a própria Fundação). Se houver necessidade de trabalhos de prótese (dentadura, Roach ou coroas) a parte do

laboratório será cobrada em qualquer dos dois locais de atendimento. O transporte do paciente até o local de atendimento será realizado gratuitamente e sob a responsabilidade da própria Instituição Recanto N. S. da Boa Viagem.

Você tem toda liberdade de se recusar a autorizar a participação ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalização ou prejuízo. Ser você tiver dúvidas sobre este trabalho, pode telefonar para a Professora Efigênia, minha orientadora, pelo telefone 9985-2256 ou para o COEP (Comitê de Ética em Pesquisa) no telefone 3248-9364.

Atenciosamente,

Desirée Sant’Ana Haikal

Pesquisadora responsável

Tel: 3371-4953

Eu,

__, CI no _____, entendi e autorizo a participação neste estudo de _____, por quem sou responsável.

Horizonte, ____ de _____ de 2002.

Assinatura do Responsável pelo Participante

10 via –

**APÊNDICE F: CARTA INFORMATIVA ENVIADA AOS
FAMILIARES**

Caros familiares do Sr.

Vimos através deste documento, informar que a Faculdade de Odontologia da UFMG está realizando, em parceria com o Recanto Nossa Senhora da Boa Viagem, um estudo que tem por objetivo conhecer as necessidades de tratamento odontológico e o que seria necessário para resolver estas necessidades de todos os residentes no Recanto. Portanto, um exame odontológico será realizado por uma dentista formada, indicada pela própria Universidade, que virá freqüentemente ao Recanto para a realização deste estudo. Este exame será rápido, indolor e utilizando materiais descartáveis. Ninguém terá que pagar nada por este exame. Após a conclusão deste trabalho,

quando então forem identificados os principais problemas odontológicos dos residentes no Recanto da Boa Viagem, estaremos encaminhando os que necessitam de atendimento para tratamento, que também será gratuito. Somente se houver necessidade de trabalhos de prótese (dentadura, Roach ou coroas) a parte do laboratório será cobrada , desde que a família autorize previamente.

Ser você tiver dúvidas sobre este trabalho, pode telefonar para a Dra. Desirée Haikal, telefone 33714953, para a para a Professora Efigênia Ferreira, telefone 9985-2256 que são as responsáveis por este estudo ou para o COEP (Comitê de Ética em Pesquisa) que aprovou este trabalho, no telefone 3248-9364. Alguns esclarecimentos simples podem também ser obtidos diretamente no Recanto com o Sr. Wellerson ou com a Carminha.

Atenciosamente,

Belo Horizonte, 10 de abril de 2003.

Desirée Sant'Ana Haikal
Pesquisadora responsável

Wellerson Luiz de Paula Gomes
Superintendente Geral da Fundação

UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

Parecer n.º ETIC 022/03

**Interessadas: Profª. Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira e
Desirée Sant'Ana Haikal
Pós – Graduação - FO/UFMG**

VOTO:

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou no dia 26 de fevereiro de 2003 o projeto de pesquisa intitulado **«Resolutividade em saúde bucal na terceira idade: Estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados do Recanto N. Sra. Da Boa Viagem – BH»** e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto. O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.



**Prof. Dr. Dirceu Bartolomeu Greco
Presidente do COEP**

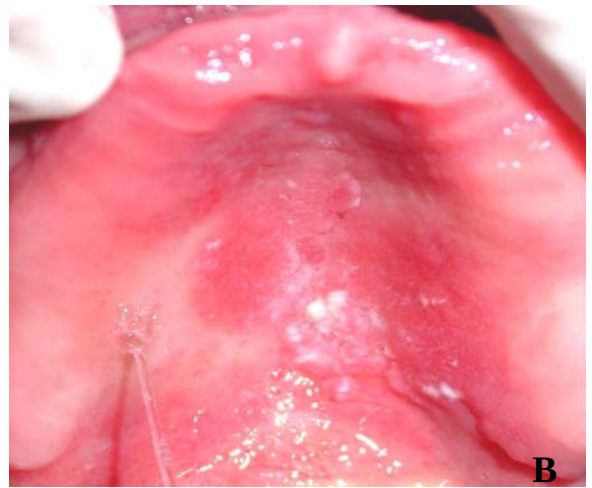


FIGURA 6 - Aspectos clínicos de lesões de mucosa: A e B – Candidíase pseudomembranosa; C e D – Úlcera traumática no palato associada ao uso de prótese precária; E – Queilite angular; F – Hiperplasia fibrosa inflamatória causada por câmara de sucção.



**FIGURA 7 – Precárias condições de higiene: A, B, C e D – Insuficiente higiene de próteses;
E e F – Insuficiente higiene oral.**



FIGURA 8 - Aspectos clínicos de pacientes com alterações periodontais: A – Acentuado acúmulo de placa, presença de supuração, edema e restos radiculares superiores; B – Presença de cálculo, edema, mobilidade e exposição radicular; C e D – Exposição de furca, restos radiculares, supuração e edema gengival com acúmulo de placa; E – Presença acentuada de cálculo cobrindo todas as faces dentárias, edema e F – Edema gengival, lesão cariosa cervical com retenção do grampo da PPR dentro da cavitação.