

Enia Salles Rocha

**CONHECIMENTO E ATITUDES DOS
CIRURGIÕES-DENTISTAS DE BELO HORIZONTE
EM RELAÇÃO AO IDOSO**

Clínica odontológica

1º sem./ 2006

Prof. Dr. Allyson Nogueira Moreira

Faculdade de Odontologia/ UFMG

Enia Salles Rocha

**CONHECIMENTO E ATITUDES DOS
CIRURGIÕES-DENTISTAS DE BELO HORIZONTE
EM RELAÇÃO AO IDOSO**

Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós-graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Clínica odontológica

Orientador: Prof. Dr. Allyson Nogueira Moreira
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Cláudia Silami de Magalhães

Belo Horizonte
Faculdade de Odontologia da UFMG
2006

Dedico esta dissertação ao Rubens, companheiro de todas as horas e aos meus filhos Thiago e André pelo carinho e compreensão.

AGRADECIMENTOS

Aos professores Allyson e Cláudia pela orientação.

Aos professores da pós-graduação da FO-UFMG.

Ao professor Ênio, pela contribuição na análise estatística.

Aos funcionários da FO-UFMG.

Aos cirurgiões-dentistas que aceitaram participar deste trabalho.

À CAPES pelo auxílio financeiro.

Ao CROMG pelo acesso à listagem dos cirurgiões-dentistas.

Aos amigos Téo e Rosália, pelo incentivo e presença sempre constantes.

A Martha, por estar sempre ao meu lado.

A Natália, colega do mestrado, pela cumplicidade.

A Raquel, exemplo de dedicação.

Ao amigo Marco Túlio, pelo incentivo.

A Eriliane e Janaína, pela ajuda na coleta de dados.

“Aprendi muito com a velhice. Acho que fiquei um pouco mais sábio. Sábio não é quem sabe mais que os outros. O sábio diminui saberes. Ele escolhe o que é essencial. Os saberes essenciais são aqueles que nos ajudam a viver”.

Rubem Alves

Sumário

1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	4
2.1 O envelhecimento populacional.....	4
2.2 Aspectos conceituais e sociológicos do envelhecimento.....	5
2.3 Principais doenças no paciente idoso e sua relação com o tratamento odontológico	9
2.3.1 Demência.....	11
2.3.2 Depressão	12
2.3.3 Acidentes Vasculares Cerebrais - AVC	12
2.3.4 Artrite	14
2.3.5 Neoplasias	15
2.3.6 Doença de Parkinson.....	15
2.3.7 Hipertensão Arterial	16
2.3.8 Diabetes.....	17
2.4 A condição bucal do idoso	17
2.5 A percepção dos idosos frente ao processo saúde-doença bucal.....	23
2.6 Plano de tratamento para o paciente idoso	25
2.7 Plano de tratamento para o paciente com AVC.....	39
2.8 A inclusão da odontogeriatria nos currículos odontológicos	46
2.9 Conhecimento e atitudes com relação aos idosos.....	53
3. OBJETIVOS	62
3.1 Objetivo Geral.....	62
3.2 Objetivos Específicos.....	62
4. METODOLOGIA	63

4.1 Universo.....	63
4.2 Critérios de inclusão e exclusão	63
4.3 Cálculo amostral	63
4.4 Coleta de dados.....	65
4.5 Aspectos éticos.....	68
4.6 Apuração e análise dos dados.....	68
4.7 Fluxograma.....	69
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	Error! Bookmark not defined.
5.1 Taxa de devolução	Error! Bookmark not defined.
5.2 Análise descritiva da amostra	Error! Bookmark not defined.
5.3 Aspectos relativos ao atendimento de pacientes idosos.....	Error! Bookmark not defined.
5.4 Grau de conhecimento dos CD de Belo Horizonte em relação à abordagem do paciente idoso e sua relação com as variáveis sócio-demográficas.....	Error! Bookmark not defined.
5.5 Atitudes dos CD de Belo Horizonte com relação ao envelhecimento	111
5.6 Análise comparativa entre conhecimento e atitude.....	Error! Bookmark not defined.
6. CONCLUSÃO	70
7. SUMMARY	128
8. REFERÊNCIAS	73
9. ANEXOS.....	92
9.1 ANEXO A.....	92
9.2 ANEXO B.....	93
9.3 ANEXO C.....	94
9.4 ANEXO D.....	99
9.5 ANEXO E	157

Índice de Tabelas

TABELA 1: Freqüências absoluta e relativa da variável gênero entre os CD. Belo Horizonte, 2005.....	Error! Bookmark not defined.
TABELA 2: Freqüências absoluta e relativa da variável origem de graduação dos CD. Belo Horizonte, 2005.....	Error! Bookmark not defined.
TABELA 3: Freqüências absoluta e relativa da variável segundo o tempo de graduação dos CD. Belo Horizonte, 2005.	Error! Bookmark not defined.
TABELA 4: Freqüências absoluta e relativa da variável local de trabalho dos CD. Belo Horizonte, 2005.....	Error! Bookmark not defined.
TABELA 5: Freqüências absoluta e relativa da variável acerca da participação dos CD em cursos de Odontogeriatría. Belo Horizonte, 2005.....	76
TABELA 6: Freqüências absoluta e relativa da variável especialidade dos CD. Belo Horizonte, 2005.....	78
TABELA 7: Freqüências absoluta e relativa da variável inserção dos CD no mercado de trabalho. Belo Horizonte, 2005.....	79
TABELA 8: Freqüências absoluta e relativa da idade que uma pessoa pode ser considerada idosa. Belo Horizonte, 2005.....	80
TABELA 9: Freqüências absoluta e relativa do número de idosos atendidos em média por semana pelos CD. Belo Horizonte, 2005.	Error! Bookmark not defined.
TABELA 10: Freqüências absoluta e relativa do principal motivo apontado pelos CD para o atendimento de pacientes idosos. Belo Horizonte, 2005.	85
TABELA 11: Freqüências absoluta e relativa do principal motivo apontado pelos CD como complicador para o atendimento de pacientes idosos. Belo Horizonte, 2005.	86
TABELA 12: Freqüências absoluta e relativa dos procedimentos mais realizados pelos CD nos pacientes idosos. Belo Horizonte, 2005.	89
TABELA 13: Freqüências absoluta e relativa dos CD de Belo Horizonte que fazem manutenção preventiva em pacientes idosos. Belo Horizonte, 2005.	91
TABELA 14: Freqüências absoluta e relativa da periodicidade da manutenção preventiva em pacientes idosos. Belo Horizonte, 2005.	93
TABELA 15: Freqüências absoluta e relativa do atendimento pelos CD em locais não convencionais. Belo Horizonte, 2005	94

TABELA 16: Frequências absoluta e relativa da necessidade de acompanhantes para as consultas odontológicas. Belo Horizonte, 2005.....	96
TABELA 17: Frequências absoluta e relativa para a consulta ao médico antes do planejamento do tratamento de pacientes idosos. Belo Horizonte, 2005.....	97
TABELA 18: Valores estatísticos da pontuação obtida pelos CD na variável conhecimento. Belo Horizonte, 2005.....	99
TABELA 19: Valores estatísticos referentes ao grau de conhecimento e o gênero dos CD. Belo Horizonte, 2005.....	99
TABELA 20: Valores estatísticos referentes ao grau de conhecimento e o local de graduação dos CD. Belo Horizonte, 2005.....	100
TABELA 21: Análise descritiva do grau de conhecimento considerando-se a especialidade dos CD. Belo Horizonte, 2005.....	101
TABELA 22: Valores estatísticos referentes ao conhecimento dos CD e a modalidade do serviço em que atuam. Belo Horizonte, 2005.....	103
TABELA 23: Análise descritiva do grau de conhecimento considerando-se o local de trabalho dos CD. Belo Horizonte, 2005.....	104
TABELA 24: Valores estatísticos referentes ao grau de conhecimento e o tempo de graduação dos CD. Belo Horizonte, 2005.....	105
TABELA 25: Valores estatísticos referentes ao grau de conhecimento dos CD e a realização de cursos em Odontogeriatrics. Belo Horizonte, 2005.	106
TABELA 26: Valores estatísticos referentes ao grau de conhecimento dos CD e o número de pacientes idosos atendidos por semana. Belo Horizonte, 2005.....	108
TABELA 27: Valores estatísticos referentes grau de conhecimento dos CD e o atendimento a pacientes idosos em asilos, domicílio e hospitais. Belo Horizonte, 2005.....	109
TABELA 28: Análise descritiva do grau de conhecimento considerando-se os procedimentos mais realizados pelos CD nos pacientes idosos. Belo Horizonte, 2005. ..	110
TABELA 29: Valores estatísticos da pontuação obtida pelos CD na variável atitude com relação ao envelhecimento. Belo Horizonte, 2005.....	111
TABELA 30: Valores estatísticos referentes à atitude com relação ao gênero dos CD. Belo Horizonte, 2005.....	112
TABELA 31: Valores estatísticos referentes ao local de graduação dos CD e à atitude com relação ao envelhecimento. Belo horizonte, 2005.....	113

TABELA 32: Valores estatísticos referentes à atitude com relação ao envelhecimento e o tempo de graduação dos CD. Belo Horizonte, 2005	114
TABELA 33: Valores estatísticos referentes à atitude com relação ao envelhecimento e a realização de cursos em Odontogeriatría pelos CD. Belo Horizonte, 2005.....	115
TABELA 34: Análise descritiva da atitude com relação ao envelhecimento considerando-se a especialidade dos CD. Belo Horizonte, 2005.....	117
TABELA 35: Valores estatísticos referentes à atitude em relação ao envelhecimento e à modalidade de serviço dos CD. Belo Horizonte, 2005	117
TABELA 36: Valores estatísticos referentes à atitude com relação ao envelhecimento e a opinião dos CD sobre qual idade a pessoa pode ser considerada idosa. Belo Horizonte, 2005.....	118
TABELA 37: Valores estatísticos referentes à atitude com relação ao envelhecimento e o número de pacientes idosos atendidos pelos CD por semana. Belo Horizonte, 2005	119
TABELA 38: Análise descritiva da atitude com relação ao envelhecimento considerando-se o motivo para o atendimento de pacientes idosos. Belo Horizonte, 2005.....	120
TABELA 39: Análise descritiva da atitude com relação ao envelhecimento considerando-se o motivo complicador para o atendimento de pacientes idosos. Belo Horizonte, 2005.....	121
TABELA 40: Valores estatísticos referentes à atitude dos CD com relação ao envelhecimento considerando-se os procedimentos odontológicos mais realizados em pacientes idosos. Belo Horizonte, 2005.....	122
TABELA 41: Valores estatísticos referentes à atitude dos CD com relação ao envelhecimento e o atendimento de pacientes idosos em domicílio, asilos ou hospitais. Belo Horizonte, 2005.....	123
TABELA 42: Valores estatísticos referentes à comparação do conhecimento dos CD na abordagem dos pacientes idosos e a atitude com relação ao envelhecimento. Belo Horizonte, 2005.....	123
TABELA 43: Valores estatísticos referentes à comparação da atitude com relação ao envelhecimento e o conhecimento dos CD na abordagem dos pacientes idosos. Belo Horizonte, 2005.....	124

LISTA DE ABREVIATURAS

ABENO-Associação Brasileira de Ensino Odontológico

AIDS-Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANEO-Assembléia Nacional de Especialidades Odontológicas

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BH- Belo Horizonte

CD- Cirurgião-dentista

CFO-Conselho Federal de Odontologia

CNS- Conselho Nacional de Saúde

COEP-Conselho de Ética e Pesquisa

CPO-D- Cariado, Perdido, Obturado por dente

CROMG- Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais

dp-Desvio Padrão

EUA- Estados Unidos da América

FAFEID- Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Diamantina

FO-ITAÚNA- Faculdade de Odontologia de Itaúna

FOL-UNESP-Faculdade de Odontologia de Araçatuba

FOL-UNIMEP-Faculdade de Odontologia de Lins da Universidade Metodista de Piracicaba.

FO-NF-Faculdade de Odontologia de Nova Friburgo

FO-PUCMG- Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

FO-UFG-Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás

FO-UFMG-Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais

FO-UFPB-Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco

FO-UFU-Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia

FO-UNIFAL- Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alfenas

FO-UNIFENAS-Faculdade de Odontologia e Ciências da Saúde da Universidade de Alfenas

FO-UNILAVRAS- Faculdade de Odontologia do Centro Universitário de Lavras
FO-UNINCOR- Faculdade de Odontologia do Instituto de Ciências e Saúde da
Universidade de Três Corações
FO-UNISA-Faculdade de Odontologia da Universidade de Santo Amaro
FO-UNIUBE-Faculdade de Odontologia de Uberaba
FO-UNIVALE- Faculdade de Odontologia do Vale do Rio Doce
HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV-Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEC-Ministério da Educação e Cultura
MG-Minas Gerais
MS-Ministério da Saúde
OMS- Organização Mundial de Saúde
PBH-Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
PNAD – Pesquisa Nacional de Domicílio
TAB-Tabela
UFMG-Universidade Federal de Minas Gerais
WHO- World Health Organization

RESUMO

À medida que a população brasileira envelhece, os profissionais da saúde necessitarão de maiores conhecimentos acerca das particularidades que envolvem o tratamento do paciente idoso. Este estudo teve como objetivo avaliar o grau de conhecimento dos Cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte, Minas Gerais, na abordagem de pacientes idosos e identificar suas atitudes em relação ao envelhecimento. A amostra foi obtida a partir de um universo composto de 7.033 Cirurgiões-dentistas inscritos no Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais até junho de 2004. Foram excluídos os remidos, aposentados, falecidos, os cirurgiões-dentistas dos pré-testes, a pesquisadora e seus orientadores. Foram incluídos os que responderam atender pacientes idosos no momento do contato telefônico com a pesquisadora, ficando a população constituída de 6.756 cirurgiões-dentistas. A amostra foi calculada aplicando-se a fórmula de Barnet (1982), totalizando 276 cirurgiões-dentistas, selecionados por sorteio aleatório. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (parecer ETIC 493/04). Um questionário foi entregue e recolhido pela pesquisadora e um auxiliar. Para a montagem do questionário, foram realizados três pré-testes. O primeiro consistiu de uma entrevista com doze cirurgiões-dentistas sendo quatro com até 5 anos, quatro com 5 a 15 anos e quatro acima de quinze anos de graduação. A partir da análise das respostas desta entrevista, foi confeccionado um questionário que foi aplicado a cinco professores da FOUFG e depois a outros cinco para validações e correções. O questionário principal continha 41 perguntas para caracterizar a amostra, identificar a conduta e o conhecimento dos cirurgiões-dentistas na abordagem de pacientes idosos e suas atitudes em relação ao envelhecimento. A escala de *Likert* foi usada para identificar o conhecimento e as atitudes. Os dados foram processados no programa EPI Info 6.04b e analisados pelos testes não paramétricos Mann-Whitney e Kruskal-Wallis ($\alpha= 5\%$) para avaliar a influência dos fatores de interesse em relação às escalas de conhecimento e atitude. As

variáveis sócio-demográficas e a conduta dos cirurgiões-dentistas foram descritas em tabelas de freqüências absoluta e relativa, medidas de tendência central e variância. Os cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte que atendem pacientes idosos são, em sua maioria, do gênero feminino (51,5%), graduados há quinze anos ou mais (57,7%) na FOUFG (38%) e FOPUCMG (34%). São clínicos gerais (47,0%) ou especialistas em prótese (15,0%) e exercem atividade privada (80,6%) na região centro-sul de Belo Horizonte (65,3%). Não participaram de cursos de odontogeriatría (81,2%) e atendem menos de um paciente idoso por semana (73,4%), quando são procurados por eles (48,4%). Consideram como idosos os indivíduos acima de 60 anos (56,0%) e apontam os problemas sistêmicos como complicadores para o atendimento (60,7%) e, nesses casos, consultam o médico do paciente (53,3%). Os procedimentos mais realizados são as próteses removíveis (67,3%) e realizam manutenções preventivas (68,0%) com periodicidade semestral (47,1%) ou trimestral (35,8%). A maioria não atende fora do consultório (66,2%) e seus pacientes são funcionalmente independentes (59,9%). Os cirurgiões-dentistas graduados na FOPUCMG, na FOUFG, na FOItaúna e aqueles que atuam no serviço público tiveram um maior grau de conhecimento na abordagem de pacientes idosos ($p= 0,008$). O gênero feminino apresentou atitudes mais favoráveis em relação ao envelhecimento ($p=0,012$). O grau de conhecimento não influenciou a atitude, assim como a atitude não influenciou o grau de conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao idoso e ao envelhecimento.

1. INTRODUÇÃO

Nos países desenvolvidos, são considerados idosos os indivíduos com idade de 65 anos ou mais e nos países em desenvolvimento aqueles com 60 anos ou mais (OMS, 1983). No Brasil, o estatuto do idoso foi criado para "... garantir todas as oportunidades e facilidades, preservar a saúde física e mental, o aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade". Nesse estatuto são consideradas idosas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (Ministério da Previdência e Assistência Social, Lei nº 8842, de 04/01/1994 e Decreto nº 1948, de 03/06/1996 - BRASIL, 1998).

O critério para a definição da idade de 60 anos para os idosos que vivem nos países subdesenvolvidos e 65 anos nos desenvolvidos foi estabelecido na Assembléia Mundial sobre o envelhecimento, promovida pela ONU em 1982, em Viena, Áustria. Nessa assembléia, estavam presentes representantes de diversos países membros e entidades não-governamentais que procuraram conhecer e discutir o envelhecimento em todo o mundo. Houve a preocupação em observar as diversidades demográficas, sociais, culturais, religiosas e políticas de cada país, já que cada um deles tinha situações peculiares que influenciavam seu modo de encarar o envelhecimento (CANÇADO, 1994).

A expectativa de vida da população brasileira dobrou ao longo do século. Esse rápido crescimento ocorreu pela substituição das causas de morte, anteriormente resultantes de doenças infecciosas e parasitárias, pelas doenças cardíacas e pelo câncer. À medida que o risco de morte por doenças infecciosas se reduz, aqueles que sobrevivem até a meia idade e a velhice passam a enfrentar um risco maior de morte por doenças degenerativas (VERAS, 1994).

No Brasil, o crescimento da população idosa será da ordem de quinze vezes, no período de 1950 a 2025, enquanto o da população como um todo será de

não mais que cinco vezes no mesmo período (KALACHE et al.,1987). À medida que a população envelhece, surgem novas exigências para os serviços sociais e de saúde. Os problemas de saúde das pessoas idosas são freqüentemente de natureza crônica e podem requerer intervenções custosas e o uso de tecnologia complexa (VERAS, 1994). Há uma maior demanda por uma atenção diferenciada dos profissionais de saúde devido às limitações impostas pelas condições apresentadas, sendo importante a atuação de uma equipe multidisciplinar para garantir-lhes um bom atendimento e conseqüente melhoria de sua qualidade de vida (MACIEL, 2002).

O impacto da saúde bucal sobre o bem estar geral dos indivíduos e qualidade de vida começou a ser observado com maior atenção a partir da década de 90 (CHIANCA et al.,1999). Vários autores realizaram pesquisas para testar essa associação. A análise dos resultados mostrou que idosos com dentição natural funcional e os usuários de prótese tiveram um melhor perfil de qualidade de vida quando comparado àqueles que não as possuíam (MACENTEE, 1996; APOLLONIO et al., 1997; McGRATH e BEDI, 2001).

Até os dias atuais, a população brasileira constituía-se basicamente de jovens e toda a atenção voltava-se para esse grupo populacional. Na odontologia, acreditava-se que cuidando da criança, formar-se-ia uma população de adultos e idosos com todos os dentes, o que na realidade não vem acontecendo. Atualmente, observa-se uma população de idosos desdentados, usando apenas uma ou nenhuma prótese, com grandes necessidades de tratamento e baixos níveis de higiene bucal. Essa situação é decorrente da escassez de programas de saúde bucal dirigidos a esses indivíduos. Os idosos não são prioridade nos serviços públicos, mesmo em face dos problemas acumulados e à forte mudança demográfica verificada no país (PINTO, 1997; CARVALHO et al., 1998; PUCCA Jr., 1999).

Nas sociedades, existe o estigma de que a velhice é um estado de decrepitude, solidão, tristeza e fim da vida, induzindo à idéia de proximidade da morte (JECKEL-NETO, 2001). Oriundo dessa sociedade, o cirurgião-dentista (CD) apresenta dificuldade no enfrentamento do processo saúde-doença e processo vida-morte, levando muitas vezes à recusa do atendimento ou a ser mais radical nos procedimentos odontológicos realizados em pacientes idosos (BRAUN e MARCUS, 1985; REYNOLDS, 1997; PADILHA, 1997).

Além disso, estudos conduzidos em diferentes partes do mundo têm demonstrado que os cirurgiões-dentistas apresentam baixo grau de conhecimento em relação às alterações fisiológicas, patológicas e psicológicas inerentes ao processo de envelhecimento (GORDON e SULLIVAN, 1986; ETTINGER et al., 1989; WERNER et al., 1998; MONTENEGRO e BRUNETTI, 1999).

Para aumentar o conhecimento dos CD em relação ao envelhecimento e na abordagem dos pacientes idosos, vários autores sugerem a introdução da disciplina odontogeriatría nos currículos das instituições (CUNNINGHAM et al., 1984; CHRISTENSEN, 1985; HOLTZMAN et al., 1988; ETTINGER et al., 1990; KIYAK e BRUDVIK, 1992; KINA et al., 1996; PADILHA, 1996; PADILHA et al., 1998a; WERNER et al., 1998; CORMACK, 1999; ETTINGER et al., 2000; TIN, 2001; LEE et al., 2001; ALVES-RESENDE e BISPO, 2001; CHALMERS, 2001; SAINTRAIN, 2003). No Brasil, essa especialidade foi aprovada pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), resolução 22/2001, cap I, seção IX, citada no artigo 29 (CFO, 2002). No entanto, Saintrain (2003) encontrou em sua pesquisa que a disciplina odontogeriatría está ausente em mais da metade das 66 instituições brasileiras pesquisadas.

Pretende-se com este estudo identificar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas da cidade de Belo Horizonte na abordagem de pacientes idosos e suas atitudes em relação ao envelhecimento.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional é um fenômeno novo ao qual os países ricos ainda estão tentando se adaptar. No passado, envelhecer era considerado privilégio de poucos. Agora, tornou-se comum o encontro de pessoas em processo de envelhecimento em todo o mundo. Essa mudança aconteceu devido à diminuição das taxas de natalidade e de mortalidade e ao aumento da expectativa de vida (KALACHE, et al., 1987).

Nos países em desenvolvimento, o número de idosos não era tão grande quanto nos países desenvolvidos. O maior contingente de jovens demandava maior atenção básica em saúde e educação. Em consequência, os idosos não eram considerados prioridade (CANÇADO, 1994).

O envelhecimento da população brasileira requer uma atenção diferenciada de diversos setores da sociedade, em especial da equipe envolvida nos cuidados com a saúde. Tal necessidade se deve a diversas alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, bem como à incidência de múltiplas patologias, ao consumo de vários tipos de medicamentos e aos fatores psico-sociais próprios da longevidade (KALACHE et al., 1987).

Kiyak (2000), nos EUA, aponta que os idosos estão vivendo mais e com qualidade de vida. Isso se deve a uma melhora educacional e também aos progressos tecnológicos que impedem que as doenças próprias dessa faixa etária cheguem a causar incapacidades. Com relação à saúde bucal, observa-se um declínio do edentulismo em virtude do maior acesso aos serviços odontológicos, focalizados nas medidas preventivas. No entanto, no grupo de idosos de baixa renda e naqueles institucionalizados isso será uma exceção .

No Brasil, foi criado o estatuto do idoso (Lei nº 8.842 de 4 de Janeiro de 1994- Ministério da Previdência e Assistência Social - Brasil 1998) para garantir atenção integral às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos por intermédio do Sistema Único de Saúde. O atendimento poderá ser realizado em ambulatórios, unidades geriátricas de referência ou em domicílio, com prioridade para os serviços de prevenção, proteção e recuperação da saúde. Caberá ao poder público fornecer gratuitamente medicamentos, próteses e órteses necessários à recuperação e à reabilitação.

Na odontologia, a modificação da estrutura populacional certamente acarretará mudanças nas atuais abordagens e planejamento de tratamentos odontológicos, bem como na atitude dos profissionais que lidarão com pacientes geriátricos (PADILHA, 1997; RODRIGUES, 2002).

2.2 Aspectos conceituais e sociológicos do envelhecimento

Segundo Ferreira (1980), “velhice é estado ou condição de velho, idade avançada, rabugice ou disparate próprio do velho. Envelhecer é tornar-se velho, parecer velho, perder a frescura, o viço, durar muito tempo, tornar-se desusado ou inútil. O idoso é aquela pessoa que tem muita idade, longeva “.

Ettinger (1989) classifica os idosos em três categorias: idosos funcionalmente independentes são relativamente saudáveis e podem ter uma ou mais doenças crônicas menores, controladas com medicação ou dieta e, apesar de poderem apresentar algum déficit sensorial associado com o envelhecimento, vivem na comunidade sem necessitar de ajuda, compreendendo cerca de 70% da população dos EUA acima de 65 anos. O segundo grupo seriam os idosos frágeis, que têm uma doença crônica debilitante e/ou distúrbios emocionais que levaram à perda de sua independência, mas ainda vivem na comunidade com o auxílio dos serviços de apoio e compreendem cerca de 20% da população de idosos dos EUA. Os idosos funcionalmente dependentes são os 10% restantes, cujas capacidades encontram-se tão prejudicadas pela gravidade de seus

problemas médicos ou mentais que os tornam incapazes de viver sozinhos na comunidade, limitando-os aos seus domicílios ou a instituições asilares.

Essa classificação é importante para medir o grau de dificuldade que o idoso enfrenta para desempenhar as atividades da vida diária ou suas atividades instrumentais da vida diária. As primeiras incluem a independência para tomar banho, comer, ir ao banheiro e andar sozinho. As atividades instrumentais compreendem fazer compras, cuidar da casa ou preparar a comida. Dependendo do grau de comprometimento dessas funções, torna-se necessária a ajuda de um familiar ou cuidador para executá-las no todo ou em parte. Se não for possível obter essa ajuda, só caberá ao idoso a institucionalização (WHO, 2002).

Manderson e Ettinger (1975) examinaram e entrevistaram 442 pessoas com idade de 60 anos ou mais, institucionalizadas na cidade de Edinburgh, Escócia. Observaram que 71% dos idosos precisavam de tratamento odontológico, mas somente 52% eram física e mentalmente capazes de se beneficiar do tratamento. Trinta por cento poderiam ir ao consultório com transporte público, 66% com ambulância e 4% estavam limitados ao leito. O edentulismo estava presente em 91% da amostra, 73% usavam próteses totais que precisavam de ajustes ou substituições e 39% achavam que as próteses estavam inadequadas. Metade dos pacientes apresentava patologias induzidas pelas próteses que precisariam de tratamento conservador ou cirúrgico.

O envelhecimento desafia definições fáceis, pelo menos em termos biológicos. Ele não é uma mera passagem do tempo. É a manifestação de eventos biológicos que ocorrem ao longo de um período. Todos reconhecemos uma pessoa idosa quando a vemos e até podemos estimar, de forma satisfatória, sua idade cronológica. No entanto, determinações subjetivas baseadas na aparência freqüentemente são errôneas e a idade cronológica não está diretamente relacionada à idade biológica (HAYFLICK, 1996).

O envelhecimento sem o envolvimento de doença é chamado de “envelhecimento verdadeiro” (eugérico). O “não verdadeiro” (patogérico) é caracterizado por um conjunto de alterações de origem patológica que afetam a função do organismo. Essa caracterização é importante para desestigmatizar as doenças bucais como características irreversíveis do envelhecimento, estigmas que geram preconceitos e desatenção em relação à prevenção e ao controle da saúde bucal dos idosos (PADILHA, 1997).

Segundo Fishman (1989), as atitudes negativas relacionadas aos idosos servem para nos liberar da responsabilidade de desenvolver programas e serviços necessários para eles, bem como defender-nos de nosso medo do nosso próprio envelhecimento, doença e morte. Somente quando encaramos nosso próprio envelhecimento e de nossos pais é que enfrentamos os pacientes idosos sem nos colocar em seu lugar ou ter por eles sentimentos de contra-transferência. Os dentistas geralmente não são treinados para o manejo psicológico dos pacientes idosos.

Para Soares et al. (1992), devemos repensar como encaramos nossa própria velhice, determinando duas condições diferentes: estar e sentir-se velho e ser considerado velho pelo grupo social. Essa última condição é definida pela sociedade como uma diminuição da capacidade física, emocional e intelectual. A valorização da força física e da capacidade de produção resultou na diminuição da importância social dos idosos e as funções a eles atribuídas se tornaram praticamente inexpressivas.

Siqueira et al. (2002) citam que, no Brasil, a conotação negativa do “velho” seguiu um processo semelhante ao da França, porém em período mais recente. Os documentos oficiais publicados antes dos anos 60 denominavam as pessoas pertencentes à faixa etária de 60 anos simplesmente de velhas. Foi no final da década que a maioria das análises sobre a velhice recuperaram a noção de “idoso”. O termo terceira idade é uma construção das sociedades

contemporâneas e vem sendo empregado por acreditar-se que é isento de conotações depreciativas e, como destacou Debert (1999), “para atender a interesses de um mercado de consumo emergente”. Refere-se, em geral, àqueles idosos que ainda não atingiram a velhice mais avançada e que estão na faixa dos 55 a 70 anos, com boa saúde e tempo livre para o lazer e para novas experiências nessa etapa da vida.

O envelhecimento é vivido de modo diferente de um indivíduo para outro, de uma geração para outra e de uma sociedade para outra. Nos últimos anos, uma perspectiva crítica e, sobretudo, a adoção de uma abordagem holística do envelhecimento, favorecem a emergência de um consenso sobre a necessidade de “quebrar preconceitos”, “rever estereótipos”, “abandonar pressupostos” ou, mais precisamente ainda, “desconstruir a velhice”. Nesse contexto, passa-se a interrogar a atitude alarmista e seu fundamento básico: uma visão negativa e homogeneizadora do envelhecimento. Surge, então, em torno da noção de terceira idade, um movimento de transformação de representações e práticas relativas à velhice e ao envelhecimento (MINAYO e COIMBRA, 2002).

Segundo Kears et al. (1982), há numerosas vantagens políticas em se manter as idéias de doença, infortúnio ou calamidade, associadas aos idosos. Em primeiro lugar, essas imagens geram a lógica de que o processo social depende mais da modificação dos indivíduos do que da reconstrução das instituições. Em segundo lugar, a crença nas perdas, no declínio e na dependência, como características universais, naturais e inevitáveis do envelhecimento, mascara o poder das desigualdades estruturais que, enquanto determinantes da pobreza, do isolamento e das doenças são as verdadeiras causas do problema social nesse grupo. Em terceiro lugar, a tendência ao controle pelo Estado do problema social da velhice confere àquele grande poder e autoridade política, dos quais o cidadão idoso passa a depender.

Alguns idosos possuem condições de viver e manterem-se sozinhos, ou contam com ajuda de seus familiares. Outros não têm alternativa a não ser a institucionalização. Essa situação não os agrada e, na maioria das vezes, não é muito bem aceita pelos familiares (SILVA e FERNANDES, 2001). No Brasil, é freqüente a permanência do idoso junto a seus familiares e 51% recorrem ao auxílio dos filhos (TIN, 2001).

A Organização Internacional do Trabalho acusa para o ano 2020, nos países industrializados, a existência de 270 milhões de pessoas inativas com mais de 55 anos, significando 38 idosos aposentados para cada 100 cidadãos ativos (SOARES et al., 1992). Na teoria, chegar à aposentadoria é algo que, em geral, parece desejável, mas na prática pode ser frustrante. Com o envelhecimento da população mundial, sair do mercado aos 60 anos se tornou prematuro. É uma mudança que inclui redução da renda, sensação de ociosidade e perda de importância social, abalando profundamente a auto-estima (NETO, 2005).

Velhice é comumente associada à morte. A morte nos velhos é mais consentida e natural, pois cabe a eles essa condição. Condicionados pela cultura, tornou-se fato comum o isolamento e a retirada da vida de milhares de pessoas que assim procedem simplesmente por estarem ficando velhas. O volume de tabus e preconceitos persuadiu a todos e colocou o homem na perspectiva de espera da morte, quase como uma condição específica da idade avançada (SOARES et al., 1992).

2.3 Principais doenças no paciente idoso e sua relação com o tratamento odontológico

À medida que envelhecemos, ocorrem mudanças em todos os nossos órgãos e tecidos e em cada célula que os compõem. Essas mudanças menos aparentes dão origem às manifestações mais óbvias do envelhecimento, sendo consideradas normais e não um estado de doença (HAYFLICK, 1996).

No entanto, Lima Costa et al. (2003) descrevem que o envelhecimento está associado a mudanças biológicas que aumentam o risco de morbidade, incapacidade e morte. Cerca de 69% dos idosos brasileiros relatam ter pelo menos uma doença ou condição crônica, sendo essa proporção maior entre as mulheres (75%) do que entre os homens (62%). Esse número aumenta com a idade, sendo mais freqüente entre as idosas, em todas as faixas etárias.

Câncer, cardiopatias crônicas, doença de Alzheimer e acidentes vasculares cerebrais tornam-se mais prevalentes à medida que envelhecemos, devido à nossa menor capacidade de combatê-los. Assim, embora as perdas funcionais que ocorrem em nossos sistemas vitais provocadas pelo envelhecimento sejam eventos normais, elas aumentam nossa vulnerabilidade a doenças ou acidentes (HAYFLICK, 1996).

Johnson (1993) realizou uma pesquisa para avaliar os motivos das extrações dentárias nos pacientes idosos. A amostra constituiu-se de 105 pacientes com idade média de 80,6 anos, que viviam na comunidade ou em instituições de idosos e que receberam atendimento odontológico durante o período de vinte e um meses numa clínica geriátrica. Foram realizadas 221 extrações com as seguintes indicações: impossibilidade de restaurar o dente (53,8%), cárie dentária (45,6%), considerações protéticas (45,2%) e doença periodontal (40,3%). Outros fatores encontrados foram: o pedido dos familiares do paciente, a incapacidade em realizar o auto-cuidado com a higiene bucal e limitações financeiras. Esses fatores correspondiam a 13% a 17% nas decisões de extrações. Observou-se que a tomada de decisões para a realização de extrações nos pacientes idosos não dependia apenas dos motivos odontológicos, mas também de motivos que fugiam ao controle do CD tais como o desejo dos familiares e as limitações financeiras dos pacientes.

Para Franks e Hedegard (1977), o cirurgião-dentista que faz parte da equipe de saúde envolvida no atendimento de pacientes idosos deve conhecer as

condições patológicas comumente presentes nesses pacientes para melhor atendê-los.

As barreiras ao trabalho dos profissionais da área odontológica no contexto de uma equipe multidisciplinar ainda são numerosas e têm um forte determinante cultural, na medida em que a importância desses profissionais ainda não é totalmente compreendida pelos envolvidos com os cuidados dos idosos (CORMACK, 2004).

Conhecer os fatores emocionais, cognitivos, sociais e econômicos dos idosos é importante para a formulação de um diagnóstico mais preciso e de um planejamento de tratamento odontológico adequado à sua realidade (CAMPOSTRINI e ZENÓBIO, 2002).

2.3.1 Demência

Demência pode ser definida como uma síndrome caracterizada pelo comprometimento de múltiplas funções corticais superiores. Entre os déficits cognitivos estão incluídas a perda da memória, da orientação, da compreensão, a dificuldade na linguagem, no cálculo e a diminuição da capacidade de aprendizagem e julgamento. O comprometimento dessas funções pode ser acompanhado ou antecedido por alterações psicológicas, do comportamento e da personalidade. A incidência varia de acordo com a idade, dobrando a cada cinco anos a partir dos 60 anos de idade, sendo reconhecida como um importante problema de saúde pública em todo o mundo (MACHADO, 2004).

A doença de Alzheimer é responsável por aproximadamente 65% dos casos de demência, enquanto a demência de origem vascular acomete o restante. Essa doença, tipicamente, apresenta-se com problemas na memória que progridem

para “déficits” nas habilidades visuais e espaciais, alterações de personalidade, distúrbios motores, incontinências fecal e urinária (JOHNSTON et al., 2003).

Os pacientes portadores de demência apresentam baixa qualidade na higiene bucal e xerostomia com prevalência aumentada de doenças bucais. Os familiares ou auxiliares devem receber treinamento para realizar a higiene bucal do paciente, e, em alguns casos, torna-se necessária a utilização de suportes para fio dental, escovas elétricas, jatos intermitentes de água ou escovas interdentais. Além disso, devem ser dadas instruções sobre dieta não cariogênica, uso de fluoretos e clorexidina para bochechos ou na forma de gel. Nos estágios mais avançados da doença, os procedimentos odontológicos poderão ser realizados através de anestesia geral em ambientes hospitalares (BRUNETTI e MONTENEGRO, 2002).

2.3.2 Depressão

A depressão é uma síndrome psiquiátrica que se caracteriza por depressão do humor, perda do interesse e do prazer e alterações das funções biológicas, que geralmente têm longa duração. Essa síndrome está associada a elevadas taxas de suicídio. A sua freqüência é alta na população em geral e pode chegar a níveis de 15% nos idosos asilados. A depressão no idoso está comumente associada a outras doenças clínicas, agravando-as ou sendo precipitada por elas (CANÇADO, 1994).

O paciente deprimido pode mostrar negligência com a higiene bucal e não corresponder ao tratamento odontológico proposto. Atenção deverá ser dada para os medicamentos prescritos, que freqüentemente causam xerostomia, com conseqüente aumento do risco de doenças bucais, obrigando a instituição de medidas preventivas (CAMPOSTRINI e ZENÓBIO, 2002).

2.3.3 Acidentes Vasculares Cerebrais - AVC

Os acidentes vasculares cerebrais são uma das mais importantes causas de morte e incapacidade entre os idosos. Caracterizam-se por graus variáveis de comprometimento motor e sensorial. Classicamente, apresentam sintomatologia aguda e os déficits motores resultantes indicam a região cerebral envolvida (AMINOFF, 2003).

A hemiplegia direita resultante de um AVC muitas vezes é acompanhada de distúrbios da linguagem (disfasia), além de paralisia facial. Tais limitações tornam a comunicação difícil e restringem a mobilidade do paciente, impedindo sua locomoção para um consultório odontológico. A paralisia facial impede a estabilidade das próteses removíveis e contribui para a retenção de restos de alimentos do lado afetado. A deglutição prejudicada pode levar ao comprometimento na ingestão de alimentos (BAILLIE e WOODHOUSE, 1994). A mudança na posição dos lábios devido à hipotonia do músculo orbicular e a dificuldade de deglutição, contribuem significativamente para a formação de queilite angular nesses pacientes (KAMEN, 1997).

Os medicamentos indicados para os pacientes que sofreram AVC podem causar diversos efeitos colaterais, tais como sangramento gengival, dificuldades na cicatrização dos tecidos moles, estomatites, dor nas glândulas salivares, sudorese, ulcerações e xerostomia (PAUNOVICH et al., 1997).

As visitas ao dentista a cada três meses para orientações de higiene bucal e prescrição de soluções anti-sépticas e flúor devem ser estimuladas. Mudanças ou alterações nas dosagens dos medicamentos prescritos podem auxiliar no alívio do desconforto gerado pela diminuição do fluxo salivar. Além da hidratação adequada, a estimulação na produção de saliva contribui para diminuir esse desconforto. O uso de sialogogos, saliva artificial, consumo de dropes dietéticos (de preferência os de sabores cítricos, como laranja ou limão) e goma de mascar com xilitol podem aliviar estes sintomas (TORRES, 2002).

A perda ou a diminuição da coordenação motora dificulta ou impede a higiene bucal. Nesses casos, deve-se lançar mão de dispositivos simples, tais como escovas com suctores que, com apenas uma das mãos disponíveis, permitem ao paciente realizar a higiene de suas próteses (BRUNETTI e MONTENEGRO, 2002).

A indicação racional de substâncias químicas no controle de placa deve ser inerente a cada caso clínico (CURY, 1997). Métodos mecânicos para a remoção de placa devem ser preferidos ao uso de soluções anti-sépticas. Entretanto, sob supervisão e por curto prazo, o uso de clorexidina é recomendado para pacientes debilitados (enxágüe com 10ml a 0,12% por 1 minuto, duas vezes ao dia). Pode ser usada na forma de solução para bochecho, gaze embebida ou spray (para pacientes física e/ou mentalmente comprometidos). A forma em spray tem como vantagens a facilidade da aplicação, a diminuição do efeito de alteração de paladar e a necessidade de menores doses para obtenção do mesmo efeito (TINOCO e TINOCO, 2000; BRAILSFORD et al., 2002).

2.3.4 Artrite

As artrites degenerativas podem acometer mais de 75% da população idosa acima de 65 anos. Caracterizam-se pela deformidade articular e pela dor associada, causando distúrbios dos movimentos. As articulações mais afetadas são os joelhos, quadril, coluna cervical e lombar e as articulações das mãos (BAILLIE e WOODHOUSE, 1994).

Nos pacientes portadores de próteses articulares, deve-se instituir profilaxia com antibióticos para as intervenções odontológicas que causam bacteremia. Devem-se utilizar acessórios adaptados para a higiene bucal, prescrição de flúor e clorexidina na forma de gel ou bochechos. Os profissionais devem ter conhecimento das técnicas de transferência desses pacientes da cadeira de

rodas para a cadeira odontológica e devem evitar procedimentos de longa duração (CAMPOSTRINI e ZENÓBIO, 2002).

2.3.5 Neoplasias

As neoplasias são encontradas com frequência nos pacientes idosos, especialmente tumores de laringe, tumores colo-retal e cutâneos. Os carcinomas de células escamosas são os mais frequentemente encontrados na laringe e na cavidade bucal. Estão associados ao etilismo e ao tabagismo. São tumores que, no momento do diagnóstico, apresentam comprometimento local e/ou loco-regional. Tardamente, tendem a provocar metástases nos pulmões, fígado e ossos. Acometem principalmente o sexo masculino numa proporção de 5:1 (CASIANO, 1995).

Os idosos com câncer têm risco aumentado de problemas bucais. É estimado que 40% dos pacientes que recebem tratamento intensivo para o câncer tenham complicações bucais, pois muitos estão desnutridos, têm a cicatrização comprometida e baixa resistência à infecção (LaROCCA e JAHNIGEN, 1997). A radiação da cabeça e pescoço e os agentes quimioterápicos ocasionam secura da boca e ambos acabam agindo como imunossupressores, levando a um alto risco de lesões bucais (PEREZ e BRADY, 1998).

2.3.6 Doença de Parkinson

A doença de Parkinson é um processo degenerativo do Sistema Nervoso Central, que se caracteriza pelo acometimento do corpo estriado cerebral e redução do agente neuro-transmissor dopamina. Os sintomas são a bradicinesia, rigidez muscular e tremores periféricos, preservando as funções cerebrais cognitivas (FRANKS e HEDEGARD, 1977).

A exemplo de outros distúrbios nervosos, o mal de Parkinson causa deficiências motoras, resultando em prejuízo da higiene bucal. Na fase inicial

da doença, o paciente ainda consegue manter a precisão e a inclinação dos movimentos de escovação. Já o uso do fio dental fica prejudicado por envolver maior destreza manual. Porém, com a evolução da doença, os movimentos se tornam descontrolados e não há firmeza para segurar os dispositivos de limpeza bucal. Nesse momento, a participação dos familiares ou de auxiliares, com instruções sobre o controle de placa e dieta tornam-se necessárias (BRUNETTI e MONTENEGRO, 2002).

2.3.7 Hipertensão Arterial

A Hipertensão Arterial Sistêmica é causada pelo aumento de volume de líquido extracelular e pela diminuição do calibre e da elasticidade das artérias (ROCHA et al., 2001). A prevalência dessa doença é estimada em 15% a 20% da população. Permanece como um dos grandes desafios contemporâneos e vem se transformando, progressivamente, num dos mais graves problemas de saúde pública, atingindo em especial os mais idosos (CARVALHO et al., 1998).

A Hipertensão Arterial é o fator de risco mais comum e importante para a doença cardiovascular e tem, com esta, uma relação contínua e progressiva. O tratamento farmacológico da hipertensão pode acarretar efeitos colaterais no meio bucal, tais como xerostomia, alterações do paladar e estomatite. Além disso, a terapia diversificada usada no tratamento dessa doença pode interferir direta ou indiretamente nos procedimentos odontológicos (BRAGA, 1997; PAUNOVICH et al., 1997; LaROCCA e JAHNINGEN, 1997; MOSEGUI et al., 1999).

A Hipotensão Ortostática é definida como a queda de 20mmHg ou mais na pressão sistólica, um minuto ou mais após o indivíduo ter sido colocado em pé. Devido à prevalência desse fenômeno entre os idosos (30%), é necessário medir a pressão arterial em cada exame, na posição supina e em ortostatismo. Entretanto, a presença de hipertensão observada na posição supina não exclui a possibilidade de Hipotensão Ortostática (MACIEL, 2002).

2.3.8 Diabetes

Diabetes Mellitus é uma síndrome caracterizada por deficiência na produção de insulina e/ou resistência à sua ação. Sua prevalência tem aumentado em pacientes após a maturidade. Os sintomas do diabetes podem ser insidiosos ou não e são representados por sede, perda de peso, poliúria e polifagia. Sinais neurológicos como tremores e formigamentos das extremidades são freqüentes (FRANKS e HEDERGARD, 1977).

Em geral, os pacientes diabéticos têm alta prevalência de problemas odontológicos, tais como candidíase, secura bucal inexplicável, lesões múltiplas de cárie e doença periodontal que não cedem a terapias convencionais (BRUNETTI e MONTENEGRO, 2002).

As consultas odontológicas devem ser curtas e realizadas na metade do período da manhã, ou de acordo com o uso de insulina. Deve-se reduzir o risco de infecção através de exames freqüentes, profilaxia dentária e controle da doença periodontal. Nos atos cirúrgicos, considerar o uso profilático de antibióticos. Em casos específicos, o dentista deverá contatar o médico do paciente para se informar sobre a gravidade da doença e o grau de controle da mesma (CAMPOSTRINI e ZENÓBIO, 2002).

2.4 A condição bucal do idoso

Badra (1982) cita que a perda dos dentes é um processo normal do envelhecimento, sendo uma conseqüência da negligência da higiene bucal, das infecções odontológicas e dos traumas que ocorrem com o avanço da idade. Dentre todas as modificações que afetam o aparelho digestivo, a mais evidente e mais freqüente é a que se refere aos dentes. Os idosos com idade mais avançada e que possuem seus dentes íntegros são uma exceção. A melhora

na higiene bucal, o interesse pelo cuidado dos dentes e o avanço tecnológico contribuirão para a melhora da condição bucal dos idosos.

Segundo Chaves (1986), a idade e o fator sócio-econômico são os principais fatores que influenciam as necessidades de tratamento. Quanto mais velho o indivíduo, maior a possibilidade de períodos longos de desatenção ou de deterioração de trabalhos de duração limitada que exigiriam sua substituição por outros mais complexos. As necessidades de tratamento se sucedem em três ciclos: um ciclo de restauração em torno dos vinte anos, um de próteses fixas dos vinte aos quarenta anos e um de próteses totais acima de quarenta anos. No grupo de baixa renda ocorre uma antecipação dos ciclos, sendo que, aos 60 anos, 80% desses indivíduos são edêntulos.

No levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado em nível nacional (zona urbana) pela Divisão Nacional de Saúde Bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986), o grupo de 50 a 59 anos foi incluído, mostrando um quadro dos mais críticos, tanto no que diz respeito ao ataque de cárie (CPOD médio de 27,2 por pessoa), quanto em relação às doenças periodontais (somente 1,3% do total examinado permanecia sadio). Além disso, 72% estavam usando ou necessitando de pelo menos uma prótese total. Foi observado um declínio de dentes hígidos com a idade e alto nível de edentulismo. O quadro epidemiológico traçado foi caracterizado como reflexo da realização de extrações dentárias múltiplas e em larga escala, principalmente a partir dos 30 anos.

Dolan et al. (1988) realizaram uma pesquisa com 7.265 adultos nos EUA para determinar as possíveis dificuldades para o acesso ao cuidado odontológico. Cerca de 50% dos idosos entrevistados relataram ter visitado o dentista no ano anterior. O tempo médio desde a última visita ao dentista aumentou de acordo com o aumento da idade. Os idosos de baixa renda, baixo nível de escolaridade, precária condição bucal, doenças crônicas, dificuldades de

transporte e que viviam em comunidades rurais tinham um menor acesso ao tratamento odontológico do que os demais pacientes.

Pinto (1992) descreve que o desenvolvimento de ações de proteção à saúde bucal da população idosa é cada vez mais um componente necessário, considerando-se os numerosos problemas encontrados e as dificuldades para o acesso desse grupo aos cuidados odontológicos. Os idosos de baixa renda dependentes ou parcialmente dependentes deverão ter acesso aos cuidados odontológicos, com instituição de medidas para a realização do auto-cuidado com a higiene bucal e manter a higidez dos tecidos moles, manutenção de próteses e combate às extrações desnecessárias.

Marino (1994), analisando as pesquisas epidemiológicas sobre a situação da odontologia na América Latina, descreve que há um desafio de incorporar o idoso, em médio prazo, aos serviços odontológicos e de elaborar planejamentos, em longo prazo, para que as próximas gerações cheguem aos 60 anos com uma melhor saúde bucal. A odontologia, juntamente com outras disciplinas, através da prevenção e educação dos pacientes, encontrará o caminho para controlar as doenças bucais dos idosos.

Ainamo et al. (1994) realizaram uma pesquisa com exame radiográfico em cento e sessenta e nove pacientes com idade de 76, 81 e 86 anos que moravam em Helsinki, Finlândia. Observaram que o grupo de 86 anos apresentava menor número de dentes. Setenta e cinco por cento dos indivíduos apresentavam sinal radiográfico de lesão de cárie. Uma alta proporção de dentes cariados (62%) foi encontrada num pequeno número de indivíduos (24%). Os idosos de 76 e 86 anos apresentavam respectivamente 19% e 26% dos dentes com tratamento endodôntico e 41% tinham sinais de lesão apical. Cinquenta e um por cento dos idosos apresentavam perda óssea vertical de 3mm ou mais e 28% com lesão de furca. Esses achados reforçam a necessidade de desenvolver programas de saúde bucal direcionados a essa população.

Pucca Jr (1999) descreve que a maior parte dos pacientes idosos apresenta um quadro clínico comum caracterizado por edentulismo, doença periodontal avançada, grandes perdas de elementos dentais, presença de próteses (totais, parciais, fixas e/ou removíveis) e neoplasias. Conclui que esse grupo, além de ser socialmente excluído, na odontologia ainda sofre mutilação e iatrogenia.

O perfil das condições de saúde bucal de um grupo de idosos institucionalizados de Florianópolis foi estudado por Mello et al. (1998). Foram observadas condições bucais bastante precárias, comprometendo a qualidade de vida dos idosos. O valor encontrado para o CPOD foi de 23,9, determinado, em sua maior parte, pelo componente perdido. O edentulismo em ambas as arcadas era condição presente em 56% dos idosos. Concluem que há necessidade de implementação de um programa educativo-preventivo para os indivíduos visando à prevenção das doenças bucais.

Segundo Elias (1999), os pacientes geriátricos apresentam um quadro clínico comum caracterizado por edentulismo, doença periodontal avançada, perda significativa de elementos dentários, presença de próteses removíveis e neoplasias. A maioria dos idosos apresenta restrição motora ou mental, dificultando o auto-cuidado com a higiene bucal, aumentando o risco de desenvolvimento das doenças bucais.

O Levantamento Epidemiológico Nacional em saúde bucal, realizado no Brasil de 2002 a 2003, incluiu a população de idosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Foram examinados 5.349 indivíduos na faixa etária de 65 a 74 anos de idade, sendo 38,77% homens e 61,23% mulheres, com proporções distribuídas de maneira semelhante nas macrorregiões do país. O CPOD médio observado nessa faixa etária foi de 27,8, sendo 92,95% representado pelo componente perdido. Foi observado um percentual de 12,19% de raízes cariadas e 45,29% de dentes com extração indicada. Quanto à condição periodontal, 21,74% dos

idosos apresentavam como pior condição a presença de cálculo e 4,45% apresentavam bolsas de 4 a 5 mm. A ausência total de dentes superiores e inferiores foram observadas respectivamente em 74% e 58% dos idosos.

Rodrigues (2002) observou a condição e percepção da saúde bucal de 187 idosos com 60 anos ou mais, que utilizavam medicamentos anti-hipertensivos e participavam do Programa de Saúde da Família de Governador Valadares. O CPOD médio encontrado foi de 28,9 e cada indivíduo possuía 4,5 dentes presentes. Em relação à condição periodontal, observou que cada indivíduo possuía em média 5,4 sextantes excluídos, principalmente no arco superior, e 55% dos idosos necessitavam de próteses. A condição da mucosa bucal de grande parte dos idosos avaliados foi considerada normal (75,4%) e a alteração mais freqüente foi a estomatite protética (24,6%).

A membrana mucosa da cavidade bucal dos idosos pode ser facilmente lesada por alimentos ásperos ou próteses mal adaptadas. Isso se deve à redução dos capilares mais superficiais e conseqüente diminuição do suprimento sanguíneo (ZWETCHKENBAUM e SHAY, 1997).

A elasticidade da mucosa pode tornar-se diminuída, ficando mais susceptível a traumas. Quando os fatores irritativos são de baixa intensidade e de natureza crônica, a hiperqueratose constitui um achado freqüente. Isso se deve à perda de substâncias vitais das células e à diminuição da secreção das glândulas salivares (PINTO et al., 1982).

De acordo com Franks e Hedegard (1977), as alterações de mucosa mais comuns nos idosos são as varicosidades (49%), as lesões hiperqueratóticas (21%), a língua pilosa (14%) e os grânulos de Fordyce (13%).

Rocha et al. (2002), ao realizarem um estudo para identificar as lesões de mucosa de idosos acima de 60 anos que procuravam atendimento no serviço

de patologia das instituições FOPUCMG e FOUMG, encontraram que as lesões mais freqüentes foram a hiperplasia fibrosa inflamatória e a candidíase. Essas lesões são, na maioria das vezes, induzidas pela utilização de próteses mal adaptadas, precária higienização, uso prolongado e visitas irregulares ao dentista.

A redução do fluxo salivar nos idosos parece ser uma condição mais freqüentemente ligada a doenças ou ao uso de medicamentos do que a algum fator intrínseco do envelhecimento das glândulas (DRUMMOND et al., 1994).

Carranza (1997) descreve que a menor produção de saliva também pode ocorrer nos casos de radioterapia ou quimioterapia, condições psicológicas, distúrbios endócrinos e nutricionais. Os sinais e sintomas incluem queimação bucal, alterações na superfície lingual, disfagia, queilite angular, alterações do paladar, dificuldade de falar e desenvolvimento de lesões de cárie radicular.

A alteração do fluxo salivar e a dificuldade de deglutição aumentam o tempo de eliminação dos substratos e bactérias da cavidade bucal, favorecendo a baixa no pH da placa bacteriana, com conseqüente desmineralização e desenvolvimento da cárie dentária (Ten CATE, 2001).

Nos idosos, a doença cárie, na maioria das vezes, está localizada na superfície radicular. As lesões de cárie, nesse local, progridem lentamente e, em geral, são devidas à perda de inserção periodontal. A diminuição do fluxo salivar somada à perda mineral da raiz e à presença de uma dieta cariogênica desenvolvem a “tríade de cárie radicular” (PUCCA Jr., 1999).

Torres (2002), em estudo feito em pacientes idosos, descreve que ocorre um aumento no número de lesões de cárie na superfície radicular. Isso pode ser explicado pela maior dificuldade de higienização decorrente da falta de orientação adequada e dificuldades motoras. Contribuem também a

alimentação inadequada, composta de dieta cariogênica, com freqüente consumo de carboidratos e alimentos pastosos. Além disso, o uso de determinados fármacos causa uma diminuição do fluxo salivar, acarretando uma diminuição nas propriedades protetoras da saliva. Finalmente, a exposição do colo dentário, em virtude da perda de inserção periodontal, aumenta as áreas de retenção bacteriana na superfície radicular.

2.5 A percepção dos idosos frente ao processo saúde-doença bucal

Steele et al. (1996) realizaram uma pesquisa com 1.211 idosos, na Inglaterra, para avaliar o padrão de atendimento odontológico, as possíveis razões para não freqüentarem o consultório odontológico, as atitudes com relação à falta de dentes, as preferências de tratamento e as práticas de higiene bucal. A principal razão para não freqüentar o consultório odontológico era a crença de que não necessitavam de tratamento, embora outras razões também fossem citadas, como o medo e o alto custo do tratamento. O principal motivo que motivava a consulta era a presença de dor.

MacEntee et al. (1997), ao realizarem uma pesquisa qualitativa com 24 idosos no Canadá, observaram que esse grupo apresentava uma percepção positiva em relação à sua condição bucal. Uma atitude mais otimista em relação à vida foi observada nos indivíduos que relataram apresentar um maior conforto com seus dentes e suas próteses. A ausência de dentes e a insatisfação com suas próteses eram consideradas motivos para se retirarem do convívio social.

Cañada-Madinazcoitia et al. (2001) descrevem que com a melhora na saúde bucal da população, as pessoas chegarão à velhice com seus dentes preservados. Os idosos serão mais saudáveis, melhor educados, mais exigentes e com mais recursos econômicos e não aceitarão a perda dos dentes e sua substituição por próteses removíveis. Haverá um aumento na demanda por cirurgias pré-protéticas, implantes e próteses fixas, anteriormente raros nesses pacientes.

Em nossa cultura, uma dentição saudável está associada à juventude, beleza, produtividade e possibilidade de realização pessoal. A reposição dos dentes reconstrói a integridade física perdida. Sua ausência pode gerar sentimentos de desamparo, impotência e diminuição da auto-estima. O dentista deve estar atento não apenas aos aspectos técnicos do tratamento que executará, mas também aos fatores psicológicos e subjetivos do paciente (WOLF, 1998).

Fiske et al. (1998) descrevem que a perda dos dentes tem um profundo impacto na vida de algumas pessoas. Está associada à perda da juventude, da feminilidade e da virilidade. A reposição dos dentes com próteses totais não mudou esses sentimentos, mesmo naqueles que estavam satisfeitos com suas próteses.

Segundo Martins (1998), na nossa sociedade, indivíduos que possuem uma precária condição bucal sentem que essa situação interfere em seu convívio social, diminuindo o seu prestígio dentro do grupo do qual participa. Existe o desejo de ser belo, de ter um sorriso bonito e uma boca saudável para que possam ser aceitos nas várias circunstâncias da vida cotidiana ou para simplesmente sorrir, sem ter vergonha de seu próprio corpo, que é símbolo de sua condição social.

Silva e Fernandes (2001), pesquisando a auto percepção das condições bucais dos idosos, observaram que havia uma tendência de minimizar os problemas decorrentes do uso de próteses, se elas eram satisfatórias. As próteses são um complemento da imagem, que é estabelecida por uma sociedade que valoriza a capacidade produtiva do sujeito e sua conformidade com um padrão estético.

Segundo Pucca Jr. (1999), a saúde bucal, parte integrante e inseparável da saúde geral dos indivíduos, tem sido relegada ao completo esquecimento,

quando se discutem as condições de saúde da população idosa. A perda total dos dentes é aceita pela sociedade e pelos cirurgiões-dentistas como algo normal e natural, determinado pelo avanço da idade.

Rodrigues (2002) observou em sua pesquisa sobre a condição e a percepção da saúde bucal em idosos hipertensos que participavam do programa de saúde da família de Governador Valadares que, para eles, ter saúde bucal era não possuir mais dentes. O tratamento odontológico era considerado sinônimo de exodontia e que com a extração dos dentes a saúde seria recuperada. Segundo a autora, isso demonstra o desconhecimento do conceito de saúde, já que a perda dos dentes elimina problemas imediatos, mas a sua falta acarreta outros problemas.

Guerra et al. (2003) realizaram um trabalho onde pretendiam avaliar a frequência ao serviço odontológico por idosos que se apresentavam periodicamente ao serviço médico de um centro de saúde de Pernambuco. A amostra consistiu de 71 indivíduos com 60 anos ou mais e os dados foram obtidos através de entrevistas. Encontraram que a frequência ao serviço médico foi alta (97,8%) e a totalidade considerou essa consulta como sendo importante para a manutenção da saúde. A grande maioria (89,9%) relatou que fazia 5 anos ou mais que tinham ido ao serviço odontológico. O principal motivo da consulta foi ter tido dor. Os motivos relatados para a não frequência ao serviço odontológico foram não ter mais dentes e não saber que era importante para a saúde geral.

2.6 Plano de tratamento para o paciente idoso

Segundo Franks e Hedegard (1977), o idoso que se apresenta para tratamento odontológico deve ter sua história clínica registrada e o exame realizado da mesma maneira como se procede com um adulto mais jovem. O julgamento clínico associado a uma boa comunicação com o paciente é que fornecerá a chave para o sucesso do tratamento. Em relação ao paciente idoso, deverá

haver estreita cooperação entre o dentista e seu médico. Nas sociedades, existe o estigma de que a velhice está relacionada à ausência total de dentes e ao uso de próteses. Existe uma clara necessidade de cuidados preventivos e intervenções drásticas na cavidade bucal devem ser evitadas. Quando estas se fizerem necessárias, devem ser introduzidas aos poucos, possibilitando, desse modo, uma oportunidade para a adaptação funcional.

Banting e Oudshoorn (1979) citam que a qualidade do tratamento não deve se basear na idade do paciente. O tratamento odontológico para idosos envolve os mesmos materiais e procedimentos usados nos pacientes mais jovens. Entretanto, a diferença está na necessidade de se avaliar mais criteriosamente as condições sistêmicas e psíquicas dos idosos. O plano de tratamento para o paciente idoso pode ser dividido em três níveis: o primeiro, a eliminação da dor e da infecção; o segundo consiste em estabelecer conforto; e o terceiro, a melhora da função obtida com procedimentos reabilitadores.

Smith e Sheiham (1980) realizaram uma pesquisa com 254 idosos de Nottingham-Inglaterra para avaliar a necessidade de tratamento odontológico observada por um exame clínico e a auto-percepção dos problemas bucais. Nos resultados, encontraram que a necessidade de tratamento observada não era a mesma percebida pelos pacientes. Setenta e oito por cento dos idosos necessitavam de tratamento principalmente protético, porém 42% dos pacientes haviam percebido essa necessidade e 19% tinham procurado por atendimento. Os motivos apontados para a não realização do tratamento foram o custo, o medo, as dificuldades de locomoção e a sensação de que estão incomodando o dentista.

Cohen (1980) descreve que nos pacientes idosos, o fator econômico é a principal barreira para o acesso ao tratamento odontológico. Uma outra razão apontada foi a dificuldade de deslocamento para o consultório. Esses dois fatores são responsáveis pela opção por tratamentos odontológicos menos

complexos, como a exodontia e próteses removíveis por serem de baixo custo e que necessitam de menos consultas para a sua realização.

Ettinger e Beck (1980) relatam que a falta de treinamento durante a graduação, os estereótipos sobre o envelhecimento e as reabilitações com próteses removíveis, são descritos como possíveis razões para os dentistas evitarem o atendimento de pacientes idosos. O currículo de odontologia não prepara o futuro dentista para atender pacientes com problemas sistêmicos, institucionalizados ou acamados. Se o dentista não está preparado para atendê-los e não tem a prática do manejo de equipamentos odontológicos portáteis, então ele tenderá a rejeitá-los como possíveis pacientes.

Ettinger e Beck (1984) citam que a odontologia geriátrica é a provisão de cuidado odontológico para pessoas adultas com uma ou mais doenças crônicas debilitantes físicas ou mentais, com medicamentos associados ou problemas psicossociais. Consideram que os dentistas devem lidar efetivamente com as necessidades odontológicas dos pacientes institucionalizados, dos doentes crônicos e do idoso dependente. Portanto, necessitarão de conhecimentos sobre as condições específicas desses pacientes e de experiência clínica para tratá-los.

Braun e Marcus (1985) realizaram uma pesquisa com trinta dentistas de cinco diferentes regiões dos EUA, com o objetivo de avaliar se havia diferenças nos planejamentos de tratamentos de adultos e idosos. Concluíram que havia diferenças e que os dentistas tendiam a realizar mais extrações e menos procedimentos complexos nos pacientes geriátricos.

Segundo esses autores, a imagem do paciente idoso como desdentado, confinado à cadeira de rodas e sem perspectivas, permeou a mente de muitos profissionais, mas a realidade atual é bastante diferente. Essa população está retendo seus dentes; tem acesso, em muitos casos, a tratamentos extensos e

pode se beneficiar social e psicologicamente dos serviços odontológicos. Descrevem que uma série de fatores deve ser considerada para o processo de tomada de decisões de tratamento, tais como o estilo de vida do paciente, o interesse no tratamento e a capacidade de tolerar procedimentos mais complexos.

Gordon e Sullivan (1986) pontuam que a população acima de 65 anos é caracterizada por uma grande variabilidade. Grande parte dos idosos sofre de problemas físicos, psicossociais e econômicos que podem desafiar a propriedade de alguns procedimentos dentários, além de comprometer sua capacidade de tolerá-los. Os vários procedimentos curativos realizados nos dentes tornam os tratamentos odontológicos dos idosos mais complexos do que nos indivíduos mais jovens. Fatores modificadores são especialmente importantes e o planejamento para esses indivíduos, muito provavelmente, desviar-se-á do ideal.

Strayer et al. (1986) citam que o comportamento dos pacientes, a vontade de pagar pelo tratamento, a aceitação do planejamento proposto e o retorno para as consultas de manutenção são os fatores que mais influenciam o planejamento do tratamento odontológico para pacientes idosos.

Segundo Andreotti et al. (1988), o tempo da consulta odontológica e o horário são muito importantes no atendimento a pacientes idosos. Pacientes debilitados não podem permanecer sentados por longo período de tempo e pacientes com doenças cardiovasculares não devem ser atendidos antes das nove horas da manhã, porque têm maior risco de morte súbita nesse período. O posicionamento do paciente na cadeira odontológica deve ser adequado para aqueles que apresentam doenças cardiopulmonares ou hérnia de hiato. A restrição aos vasoconstritores nas soluções anestésicas e a necessidade de profilaxia com antibióticos são fatores que podem determinar a indicação de próteses fixas ou removíveis, por serem procedimentos que necessitam de

menor tempo clínico e serem menos invasivos. Em alguns casos, nenhum tratamento deve ser realizado, exceto cuidados emergenciais ou paliativos.

Segundo Berkey (1988), no planejamento do tratamento dos pacientes idosos, os dentistas devem assumir um papel agressivo no sentido de obter suas informações. Estas poderão ser relatadas espontaneamente até um certo ponto, pois normalmente, nesses indivíduos, é comum ocorrerem fatores inibidores. Dentre estes, a percepção de que seus sintomas não são importantes, e que uma vez detectados, não podem ser eliminados por serem uma consequência do envelhecimento. O autor conclui que os indivíduos idosos só procuram atendimento odontológico quando estão com muita dor ou quando seus sintomas estão prejudicando suas atividades diárias.

Ettinger (1989) observa que os idosos estão retendo seus dentes e que, até recentemente, as necessidades de tratamento odontológico desse grupo eram ignoradas. Os idosos eram tratados como pessoas dependentes e edêntulas e não como indivíduos com necessidades especiais e complexas. Ao preservarem sua dentição natural, aumentam sua expectativa em realizar o tratamento restaurador, diferentemente do passado, quando optavam pela extração e substituição dos dentes por próteses. Suas necessidades de tratamento clínico são semelhantes àquelas encontradas nas pessoas mais jovens. Entretanto, algumas particularidades ocorrem e o tratamento, freqüentemente, precisa ser modificado devido à presença de alterações associadas e relacionadas com a idade. Doenças e medicações prescritas têm impacto direto na cavidade bucal. A tomada de decisões clínicas para o tratamento pode se tornar um problema complexo.

Mariotti e Heft (2000) citam que os idosos estão apresentando uma melhor condição bucal, com um declínio do edentulismo. Como resultado, está havendo um aumento da procura desses pacientes por tratamento odontológico, anteriormente raros para idosos. Isso significa que os CD irão se

confrontar com um número crescente de pacientes clinicamente comprometidos. À medida que as pessoas envelhecem, são acometidas por uma variedade de doenças crônicas, cujo tratamento requer o uso de medicamentos com diversos efeitos colaterais.

Miyasaki et al. (1992) realizaram um estudo no Japão com 1.908 idosos institucionalizados, com o objetivo de avaliar suas condições bucais, a higiene bucal e das próteses. Encontraram que 27% eram edêntulos e esse índice aumentava nos pacientes com idade acima de 85 anos (56%). A higiene dos dentes e próteses era precária. Trinta e seis por cento dos idosos necessitavam de prótese total ou parcial e 41% das próteses precisavam de reparos. Os autores relatam a necessidade de prover cuidados odontológicos a idosos institucionalizados para a prevenção das doenças bucais e instituir programas direcionados à geração mais jovem, para que na velhice possam permanecer com seus dentes.

Rosa et al. (1993) citam que evitar a prática de extrações totais deve ser uma prioridade na odontologia, devendo haver uma maior conscientização dos cirurgiões-dentistas, pois são os que as realizam. A manutenção de uma capacidade mastigatória natural, mesmo que limitada para a maioria dos idosos, é um importante objetivo a ser alcançado pelos serviços públicos e privados do país.

Ettinger (1993) cita que o padrão de utilização dos serviços odontológicos pelos idosos está mudando devido à manutenção dos dentes. A heterogeneidade entre as pessoas com idade de 65 anos ou mais é provavelmente maior do que em qualquer outro período da vida. O critério cronológico não é apropriado para definir uma pessoa como idosa porque, diferentemente de outras faixas etárias, os idosos apresentam uma grande variabilidade devido à presença de doenças crônicas e distúrbios cognitivos. Se os pacientes idosos não apresentam esses problemas, deverão ser tratados da mesma forma que os

demais pacientes de outras faixas etárias. Entretanto, se os apresentam, eles passam a não ter acesso ao tratamento odontológico e a comprometer o autocuidado com a higiene bucal afetando sua saúde bucal.

Felder e Millar (1994) citam que há um aumento na frequência de pacientes que tomam vários medicamentos e que procuram por atendimento odontológico. Os CD devem estar atualizados com os novos medicamentos que são lançados no mercado anualmente e às possíveis interações e efeitos colaterais que poderão causar no paciente. Esses cuidados são necessários para prevenir intercorrências médicas durante o atendimento, bem como avaliar a habilidade do paciente em suportar o tratamento odontológico.

Barnes e Walls (1994) relatam que o planejamento do tratamento dos idosos pode apresentar dificuldades imediatas de decisão quando estas envolvem necessidades complexas e o paciente apresenta comprometimento sistêmico. O cirurgião-dentista frequentemente se depara com um dilema: extrair os dentes e substituí-los por próteses antes que o paciente apresente uma idade avançada e não se adapte a elas ou preservar os dentes e deixar para substituí-los quando for inevitável a sua substituição, correndo o risco do paciente não tolerar o tratamento. Concluem que a resposta a essa questão é incerta, pois não se pode prever qual será a expectativa de vida do paciente, sendo mais importante proporcionar conforto e qualidade de vida a esses pacientes.

Christensen e Fiske (1994) citam que o paciente idoso debilitado apresenta grandes dificuldades ao ser transportado para um consultório odontológico. A incontinência urinária, o uso de sondas e a medicação com diuréticos são algumas das dificuldades encontradas. Pacientes com demência se sentem mais seguros e menos agressivos em ambientes familiares. Portanto, seria mais apropriado tratar tais pacientes em domicílio. Esse atendimento poderá ser realizado por meio de veículos especialmente equipados para esse fim ou utilizando um equipamento odontológico portátil. Segundo os autores, antes do

acesso a esse tipo de equipamento, os únicos procedimentos que eram ofertados aos pacientes nessas condições eram a extração dos dentes e a confecção de próteses totais.

Berkey et al. (1996) descrevem fatores que são determinantes para a escolha do planejamento do tratamento do paciente geriátrico. Dentre eles destacam: observar seus desejos e expectativas, avaliar o tipo e severidade das necessidades odontológicas, o impacto da doença bucal na qualidade de vida, a probabilidade de oferecer um bom resultado de tratamento, a disponibilidade de alternativas de tratamento menos extensas, a habilidade do paciente em tolerar o stress do tratamento, a sua capacidade de manter a saúde bucal, a disponibilidade financeira, a habilidade técnica do profissional em realizar o tratamento proposto e outros fatores tais como, expectativa de vida e suporte familiar.

Segundo Pinto (1997), no Brasil, as extrações dos dentes são aceitas como a solução mais prática e econômica para os idosos, porque os problemas bucais acumulados desde a infância tornam-se cada vez mais complexos e dispendiosos nessa faixa etária. Como consequência, observa-se que 40% dos brasileiros são edêntulos aos 53 anos, 50% aos 63 anos, 70% aos 68 anos e 80% aos 74 anos.

Padilha (1997) cita que o paciente idoso é um paciente especial no consultório odontológico. Isso se deve à fisiologia do envelhecimento, às patologias que o acompanham e ao uso de medicamentos. Esses fatores implicam um aumento significativo dos cuidados com as prescrições durante o tratamento odontológico e um cuidado redobrado na sua elaboração e execução.

Newton (1997) cita que a grande maioria das pessoas idosas realiza atividades normais e pode dispor de recursos para obter bons serviços odontológicos. Suas necessidades, expectativas, desejos e exigências podem exceder os de

qualquer outra faixa etária e a gratidão demonstrada é uma das mais satisfatórias experiências profissionais. Os procedimentos realizados em uma única sessão oferecem vantagens e a duração da consulta usualmente não causa inconveniência. Várias sessões de tratamento podem ser inoportunas, sobretudo se o paciente precisa de outra pessoa para o transporte ou de assistência física para entrar no consultório. As prioridades são para o tratamento da dor e infecção. A idade não deve ser um fator limitante para os procedimentos restauradores, estéticos e funcionais. A expectativa de vida limitada não deve alterar sensivelmente os planos de tratamento e, certamente, não é uma justificativa para extrações de dentes ou tratamento endodôntico deficiente. Torna-se importante informar aos pacientes dos riscos e alternativas de tratamento.

Dunkerson (1998) descreve que tratar idosos sem a formação adequada significa não estar oferecendo o melhor tratamento possível e viável, o que fere os princípios éticos profissionais. Segundo a autora, o conhecimento do clínico geral é insuficiente para a realização de um planejamento de tratamento adequado para o paciente idoso. As doenças crônicas, o uso de medicamentos, os problemas cognitivos, as dificuldades de comunicação e os problemas odontológicos específicos dos idosos são fatores importantes a considerar nesse planejamento. Os pacientes idosos mais debilitados são os que geralmente apresentam mais problemas bucais, entretanto são os que menos podem pagar pelo tratamento.

Baldisserotto et al. (1998) citam que a principal barreira para o acesso dos idosos ao tratamento odontológico não é a dependência física, mas a condição financeira do paciente. Além dos gastos com o tratamento, os idosos dependentes necessitam de transportes especiais e de acompanhantes para as consultas.

Werner et al. (1998) relatam que o tratamento odontológico para os pacientes idosos difere da população em geral devido às mudanças fisiológicas ocorridas durante o envelhecimento. Estas são decorrentes da presença de doenças sistêmicas e crônicas e à alta incidência de deficiências físicas e mentais que ocorrem nesses indivíduos.

Padilha et al. (1998a) citam que deixar o idoso livre de doenças bucais pela prática da exodontia não representa um mérito e que os dentistas devem ter um foco de atuação que ultrapasse o modelo “*protesista restaurador*” no tratamento dos pacientes idosos. Segundo os autores, as alterações e/ou patologias associadas ou causadas pelo envelhecimento constituem um grande desafio aos dentistas que são instigados diariamente pela complexidade biológica, que é característica dos idosos.

Segundo Berkey (1988), o envelhecimento da população nos EUA deverá proporcionar aos dentistas excepcionais oportunidades de crescimento da prática odontológica. Criará a necessidade de abordagens especiais, planejamentos alternativos e novas técnicas de tratamento odontológico. Antes de propor um tratamento odontológico para o paciente com doenças crônicas, que toma múltiplos medicamentos, tem problemas cognitivos e não consegue realizar sua higiene bucal adequadamente, deve-se distinguir se o problema apresentado pelo paciente é realmente devido a sua condição bucal ou se está ligado aos fatores anteriormente enumerados. O autor relata que tratamentos propostos, ao invés de melhorarem a condição bucal do paciente, podem agravar ou até criar novas queixas, quando esses fatores são avaliados separadamente.

Montenegro e Brunetti (1999) pontuam que um dos pontos mais críticos no tratamento odontológico dos pacientes idosos é a correta avaliação das variáveis que envolvem seu planejamento. A condição sistêmica e funcional debilitada poderá impedir procedimentos cirúrgicos. As dificuldades motoras e

as condições neuromusculares poderão dificultar a higienização dos dentes e próteses, tornando-se um fator simplificador ou até impeditivo do tratamento odontológico. A condição cognitiva deve ser fundamental para a compreensão dos cuidados bucais e para a cooperação durante o tratamento. A expectativa de vida aumentada deve ser ponderada ao propor intervenções mais complexas. Nesses casos, a qualidade de vida deverá ser garantida com planejamentos odontológicos simples e eficientes. Finalmente, a capacitação do profissional para o atendimento a pacientes idosos deve ser a de um clínico geral com formação adequada em geriatria.

Segundo Saliba et al. (1999), o papel do cirurgião-dentista é promover e recuperar a saúde bucal dos idosos, impedindo repercussões negativas sobre sua saúde geral. As autoras realizaram uma pesquisa com noventa e sete indivíduos de 42 a 102 anos residentes em três instituições de amparo ao idoso no município de Araçatuba, São Paulo. Encontraram um elevado índice de cárie dentária, problemas periodontais e edentulismo. Os pacientes não recebiam atenção preventiva e não tinham acesso ao atendimento odontológico. Concluem que se torna necessária a implantação urgente de uma política de saúde, cuidadosamente planejada para os idosos institucionalizados.

Ettinger e Mulligan (1999) descrevem que a população idosa dos EUA está retendo seus dentes e que, portanto, passarão a utilizar os serviços odontológicos de forma semelhante às outras faixas etárias. O cuidado odontológico geriátrico compreende o diagnóstico, o tratamento e a prevenção de doenças bucais. Setenta por cento dos idosos são capazes de freqüentar o consultório odontológico sem a necessidade de acompanhantes. Com relação ao atendimento odontológico, é mais apropriado classificar os idosos de acordo com a capacidade funcional do que a cronológica. O cuidado com a saúde bucal dos idosos torna-se mais desafiador porque eles já não aceitarão mais extrações dos dentes e a substituição por próteses totais como soluções para suas necessidades de restaurações complexas.

Marchini et al. (1999) descrevem que é possível empregar todas as técnicas disponíveis para a substituição de elementos dentários perdidos nos pacientes idosos. A mastigação adequada e a possibilidade de consumo de uma dieta mais rica e variada também contribuem para a manutenção e/ou melhora de sua saúde geral. No entanto, para que tais resultados sejam atingidos, é mister considerar os aspectos psicológicos, sistêmicos, bucais e financeiros dos pacientes, com o intuito de realizar o tratamento mais adequado para cada caso específico. Um rigoroso controle de placa bacteriana é necessário para aumentar a vida útil das próteses confeccionadas.

Segundo Ourique (2000), na atividade odontológica, torna-se importante o conhecimento das variações emocionais dos pacientes nas diferentes fases de sua vida. O cirurgião-dentista deve desenvolver a percepção e a compreensão do estado emocional para o cuidado de pacientes idosos.

Shinkai e Del Bel Cury (2000) enfatizam que nos idosos o tratamento clínico é complexo devido às co-morbidades, aos mecanismos de adaptação, à vulnerabilidade orgânica e à apresentação atípica das doenças. Há necessidade urgente de formação de recursos humanos capacitados em odontologia geriátrica para o atendimento especializado aos idosos, principalmente àqueles com incapacidades. Não existem programas preventivos e de assistência odontológica direcionados à população idosa. Concluem que a prevenção é a chave mestra para a atenção a esse grupo, com reflexos visíveis na análise custo-benefício.

Das Chagas et al. (2000) realizaram um estudo com 134 pacientes de 60 a 90 anos usuários do serviço odontológico da Central da Marinha no Rio de Janeiro. A condição bucal encontrada nesse grupo foi que 52,5% tiveram seus dentes extraídos, 29,1% usavam ou necessitavam de prótese total e 12,6% apresentavam bolsas periodontais com 6 mm ou mais. Segundo os autores, os

resultados, apesar de ainda críticos, se comparados aos outros levantamentos realizados, foram melhores, provavelmente devido ao acesso ao tratamento naquela instituição. Sugerem a interação entre os serviços públicos, universitários e outras entidades para proporcionar uma melhora na saúde bucal da população idosa.

Tin (2001) relata que os problemas odontológicos devem ser abordados da mesma maneira que na geriatria são abordados os problemas de outros órgãos e sistemas. Quando possível, deve-se tentar a preservação das estruturas e sua remoção só deve ser executada para salvar a vida ou melhorar seu padrão. Portanto, a manutenção dos dentes é importante para a saúde geral e para os aspectos psicológicos e sociais do indivíduo. A saúde bucal dos idosos não deve ser conseguida apenas pela colocação de próteses totais, mas como um conjunto de necessidades complexas de uma população com dentes.

Kiyak (2001), ao avaliar a percepção das necessidades de tratamento odontológico numa população idosa, encontrou que esse grupo é o que menos procura por serviços odontológicos, além de ser o que mais negligencia o autocuidado. Além disso, tem menor aceitação para medidas preventivas.

Freire et al. (2002) descrevem que, durante o processo de envelhecimento, as mudanças fisiológicas, a presença de doenças sistêmicas e crônicas, a maior incidência de deficiência física e mental e o uso de múltiplos medicamentos alteram a conduta do CD no tratamento dos pacientes idosos. Há uma maior necessidade de formação de profissionais aptos e capacitados para trabalharem com esses pacientes. É evidente a necessidade do atendimento aos idosos institucionalizados, dadas as precárias condições bucais encontradas nesse grupo, visto que nesses locais, salvo exceções, não há atendimento odontológico adequado.

Brunetti e Montenegro (2002) descrevem que o atendimento odontológico aos pacientes idosos incapacitados de locomoverem-se ao consultório é uma necessidade que já se apresenta de modo evidente no Brasil com tendência ao crescimento. Para que o atendimento seja realizado de modo adequado, devem ser observadas as necessidades específicas dos pacientes, o contexto no qual se encontram inseridos e os recursos disponíveis para os diversos tipos de tratamento.

Lindquist e Ettinger (2003) relatam que o plano de tratamento e sua execução em pacientes idosos podem se tornar complexos devido a vários fatores modificadores, mas não limitadores. Estes são descritos como o ambiente no qual o paciente vive, suas condições sistêmicas, as dificuldades econômicas e de acesso ao consultório. Segundo os autores, quando esses indivíduos buscam tratamento, é imperativo solucionar a queixa principal o mais rápido possível. O plano de tratamento deve ser dinâmico devido às complexidades apresentadas e às dificuldades do prognóstico. Concluem que, para entender as necessidades do paciente, tem-se que conhecer o ambiente no qual ele vive e que, para o sucesso do tratamento, o dentista deverá ter uma boa comunicação com o paciente e sua família.

Ribeiro et al. (2003), num estudo de revisão da literatura sobre os cuidados bucais em pacientes terminais, encontraram que as alterações mais freqüentes foram a disfagia, os efeitos da quimioterapia, da radioterapia, as lesões de mucosa, a cárie dentária e a xerostomia. As decisões de tratamento para esses pacientes mostraram-se de difícil definição devido às particularidades neles encontradas. Os cuidados odontológicos devem ser realizados para propiciar conforto e melhora do estado de saúde geral. Enfatizam a incorporação dos dentistas às equipes de atendimento, visando uma melhora na qualidade de vida dos mesmos.

Campostrini (2004) descreve que é importante para o tratamento odontológico dos pacientes idosos o entendimento dos múltiplos problemas médicos, das deficiências funcionais, psicológicas, econômicas, familiares e ambientais. Na anamnese, além de exames físicos e complementares tradicionais, devem ser realizados testes para conhecer os estados mentais, afetivos, funcionais e nutricionais do paciente.

Moreira et al. (2005), em sua revisão de literatura de 1986 a 2004, buscaram definir os problemas bucais mais prevalentes nos idosos e conhecer os principais obstáculos no acesso aos serviços de saúde. Os valores médios do índice CPOD encontrados foram de 25 a 31, com grande porcentagem de idosos desdentados. As principais barreiras quanto ao acesso aos serviços odontológicos foram a baixa escolaridade, a baixa renda e a escassa oferta de serviços públicos de atenção à saúde bucal do idoso brasileiro. Esses serviços são limitados a extrações em série e atendimentos de urgência, baseados no modelo curativista.

2.7 Plano de tratamento para o paciente com AVC

Ettinger (1989) descreve que se as pessoas mais velhas forem relativamente saudáveis, desconsiderando a sua idade, seu cuidado odontológico irá apresentar menores problemas para a maioria dos cirurgiões-dentistas clínicos gerais. Porém, se esses indivíduos se tornam incapazes ou prejudicados mentalmente, podem ficar impedidos de ter acesso aos cuidados odontológicos ou de realizarem a higiene bucal adequadamente. Se o dentista não tem o conhecimento técnico para lidar com a complexidade dos problemas médicos que resultam do envelhecimento, poderá não oferecer o tratamento ou tratar inadequadamente esses pacientes.

Ettinger (1997) cita que as condições crônicas debilitantes impedem o acesso ao consultório dentário e que as doenças nos idosos são múltiplas, insidiosas,

ocultas ou combinadas. Estas resultam no uso de medicamentos que podem complicar ou deter o cuidado oferecido. As incapacidades físicas limitam a capacidade de manter um adequado nível de higiene bucal ou o benefício do tratamento proposto. Dificuldades de comunicação podem comprometer a relação dentista/ paciente. Os idosos mais frágeis têm capacidade limitada de aprender ou se adaptar às rotinas necessárias para manter a saúde bucal. Fatores emocionais ou desordens psicológicas e doenças cérebro-vasculares podem resultar num comportamento anti-social e podem limitar o tratamento, a menos que o comportamento possa ser modificado por medicamentos ou que se utilize anestesia geral.

O tratamento periodontal conservador, não cirúrgico, é sempre a melhor opção terapêutica para a maior parte dos idosos. Tal programa consiste na raspagem, remoção de cálculo supra e subgengival e alisamento radicular. Além deste, um regime de profilaxia profissional e doméstica a ser realizada pelo próprio paciente é fundamental para o sucesso da terapia. Para os idosos cuja terapia conservadora não foi suficiente para a resolução do problema, as intervenções cirúrgicas devem ser indicadas. No entanto, essa decisão deverá ser feita somente após a consideração do estado de saúde geral do paciente e o seu grau de comprometimento devido a outras doenças. Nos idosos, o cuidado caseiro de controle de placa muitas vezes requer modificações devido aos problemas de saúde apresentados. Se esses problemas causarem a diminuição da habilidade para a realização da escovação, tornam-se necessárias modificações na curvatura dos cabos das escovas, ou mesmo a colocação de dispositivos que tornem mais fácil a apreensão do instrumento (DINI e CASTELLANOS, 1993).

Quanto ao tratamento endodôntico em pacientes idosos, Newton (1997) descreve que a idade não é um fator para o prognóstico do caso. O tratamento endodôntico é muito menos traumático na idade avançada do que a exodontia. A maioria dos idosos não se queixa prontamente dos sinais ou sintomas de doença pulpar e periapical. Nos jovens, um processo patológico usualmente se

manifesta como um problema agudo. Já em pessoas idosas assume uma forma mais crônica ou menos dramática.

Antes da realização do tratamento protético, é necessário que o dentista inicialmente conheça não só o estado físico do paciente, mas também os seus anseios frente ao planejamento proposto, para que possa lhe oferecer o tratamento compatível com suas necessidades. Nos pacientes que sofreram AVC, a capacidade neuro-muscular fina, necessária para manter as próteses em posição quando da ação de forças extrusivas, é muito pequena ou mesmo ausente. Nesses casos, deve-se avaliar se a colocação de próteses é proveitosa para o paciente no aspecto nutricional e/ou psicológico e, se for, devem ser considerados outros métodos de retenção, como a colocação de implantes ósseo-integrados. Em pacientes com maior grau de independência e maior número de dentes, a execução de trabalhos protéticos mais complexos permite uma melhor reparação da eficiência mastigatória e da estética facial (MARCHINI et al., 1999).

Guckes e Cooper (1992) citam que a reposição dos dentes perdidos por próteses - sejam elas fixas, removíveis ou retidas por implante - melhoram a função, o conforto e a auto-estima do paciente. Nos pacientes com dificuldades motoras, recomenda-se a colocação de dispositivos nas próteses para facilitar sua remoção e inserção. Uma avaliação periódica das próteses e da saúde bucal deverá ser realizada com atenção aos cuidados com a higiene bucal. Nas próteses poderão ser realizados reembasamentos ou reparos para prevenir possíveis degenerações nas estruturas de suporte. Os médicos poderão ter uma importante contribuição na saúde e na qualidade de vida do paciente assegurando que ele receba um cuidado bucal rotineiro.

Kamen (1997) também sugere a confecção de uma sobre-extensão na região do rebordo vestibular das próteses totais inferiores com resina acrílica de presa

rápida, para evitar a mordedura nos lábios devido à hipotonia da musculatura orofacial nos pacientes que sofreram AVC.

Ferreira et al. (2004) relatam que os problemas de saúde-doença bucal nos idosos poderão ser os mesmos, mas as abordagens deverão ser específicas para cada caso. Um programa de controle de placa para um idoso independente pode ser conduzido com orientação e consultas de manutenção, semelhante a outros pacientes adultos. Já o idoso dependente ou parcialmente dependente necessitará de ajuda e, nesse caso, orientações deverão ser dadas a ele e ao cuidador e as consultas de manutenção deverão ser mais freqüentes. Em alguns casos, as consultas odontológicas deverão ser realizadas em domicílio.

Segundo Kamen (1997), nos pacientes com afasia, os profissionais deverão utilizar técnicas para comunicação não verbal, tais como o uso da escrita, gestos e desenhos, que lhes permitirão expressar-se. A troca de informações durante o tratamento odontológico é fundamentalmente um processo de aprendizagem que requer que o paciente responda a instruções dadas verbalmente ou através de gestos, para demonstrar alguma consistência nas respostas, motivação e participação durante esse processo.

O autor descreve que os consultórios odontológicos devem ser adaptados para atender aos pacientes com AVC. Deverão ter elevadores ou rampas para o acesso de cadeiras de rodas. As portas devem ser amplas e os corredores também. O atendimento poderá ser realizado na cadeira do paciente adaptando a ela um apoio para a cabeça. Uma tira com velcro poderá ser usada para prender a cabeça no encosto da cadeira, quando o paciente apresentar movimentação involuntária. Suctores de saliva potentes deverão ser usados devido à disfagia própria dessa condição. Toda a equipe deverá ser treinada para o atendimento específico desses pacientes.

Segundo Peterson et al. (2000), pacientes que tiveram um acidente vascular cerebral são sempre susceptíveis a novos problemas neuro-vasculares. Eles geralmente estão fazendo uso de agentes anticoagulantes e anti-hipertensivos. Se necessitarem de cirurgia bucal, é melhor protelar o tratamento até que tenham se passado 6 meses da ocorrência do AVC e qualquer tendência hipertensiva tenha sido controlada. Nesses casos, se houver necessidade da realização de cirurgia, o paciente deve ser tratado com um protocolo de redução de ansiedade não farmacológico, receber oxigênio suplementar e ter os sinais vitais monitorados.

Os pacientes com AVC normalmente fazem uso de agentes anticoagulantes. Nos procedimentos cirúrgicos, a anticoagulação contínua deve ser avaliada em função da necessidade de formação de coágulo após a cirurgia. A decisão deve ser tomada em conjunto com o médico do paciente. O coumadin (Warfarin) apresenta um retardo na sua ação de dois a três dias e as alterações dos efeitos anticoagulantes somente aparecem muitos dias após a dose ter sido alterada. O tempo de protrombina é utilizado para mensurar a ação anticoagulante. O valor estando abaixo uma vez e meia o tempo-controle proporciona coagulação suficiente para um procedimento seguro. Na manhã da cirurgia, esse valor deve ser checado. Se estiver acima de duas vezes o tempo- controle, ela deverá ser postergada até que se aproxime do valor ideal. As feridas cirúrgicas devem ser fechadas com substâncias trombogênicas e o paciente deve ser instruído sobre como reter o coágulo. A terapia com o anticoagulante poderá ser reassumida no mesmo dia da cirurgia (PETERSON, et al.,2000).

Vernon (1991) descreve que a prescrição de medicamentos para pacientes idosos requer uma série de cuidados, principalmente naqueles com idade mais avançada. Os efeitos colaterais podem produzir um rápido e irreversível dano na saúde do idoso com comprometimento renal, cerebral e no fígado. Alguns agentes antibacterianos como a Sulfonamida devem ser evitados. O Warfarin, a Digoxina, os Aminoglicosídeos e alguns Antiarrítmicos não devem ser

prescritos juntos, devido ao risco de promover interações adversas. O Metronidazol, a Ciprofoxacina, o Cetoconazol e o Fluoconazol aumentam o efeito do Warfarim por diminuírem seu metabolismo no fígado. O Acetaminofen é o analgésico de escolha por causar menos efeitos colaterais. O Ácido acetilsalicílico, quando administrado em pacientes que usam agentes anticoagulantes, pode potencializar esse efeito. Anestésicos administrados em pacientes medicados com agentes psicotrópicos podem causar danos no Sistema Nervoso Central.

Insel (1996) descreve que a aspirina é ainda o agente analgésico, antipirético e antiinflamatório mais prescrito. Nos EUA, são consumidas 10.000 a 20.000 toneladas deste medicamento por ano. São indicados para o tratamento de artrite reumatóide e outros tipos de artrite, lesões músculo-esqueléticas e febre reumática aguda. Esse medicamento é usado no tratamento ou profilaxia das doenças associadas ao aumento da agregação plaquetária, devido ao efeito potente e prolongado das doses pequenas sobre a função das plaquetas. Quando associada a antidepressivos, pode aumentar a ação tóxica sistêmica desse medicamento.

Pyle et al. (1993) descrevem que os CD devem observar os medicamentos comumente prescritos pelos médicos para avaliar possíveis alterações sistêmicas, indicar problemas que possam interferir na habilidade do paciente em suportar ou responder ao tratamento, alertar para o potencial de interação e a presença de doenças bucais induzidas por medicamentos. Esses cuidados são necessários também para que o clínico possa identificar o paciente de alto risco e estar preparado para as emergências médicas que poderão ocorrer no consultório odontológico.

A prescrição de antibióticos profiláticos não deve ser feita indiscriminadamente. Toda antibioticoterapia carrega consigo riscos de reações alérgicas, choques anafiláticos, desenvolvimento de resistência bacteriana e a possibilidade de

criar um meio propício de infecções oportunistas (ADDE et al., 1993; COELHO, 2004).

A profilaxia com antibióticos é necessária naqueles pacientes que se encontram com baixa imunidade por problemas sistêmicos ou que possuam problemas cardíacos, tais como prolapso da válvula mitral ou aórtica com regurgitação ou próteses cardíacas. A adesão às diretrizes da American Heart Association e a consulta com o médico deverão ser realizadas previamente (KAMEN, 1997).

Os procedimentos que requerem profilaxia são: extração dentária, procedimentos periodontais (sondagem, raspagem, polimento radicular), colocação de implantes e reimplantação de dentes avulsionados, instrumentação endodôntica ou cirurgia periapical, colocação subgingival de fibras contendo antibióticos, colocação de grampos endodônticos e anestesia intraligamentar (LISBOA, 2004).

A profilaxia com antibióticos é necessária devido ao risco de endocardite bacteriana. Essa condição caracteriza-se pela colonização microbiana de válvulas cardíacas com defeitos congênitos ou adquiridos. Outra doença similar, a endoarterite infecciosa, causada pela infecção do ducto arterioso patente, coarctação da aorta e outras estruturas vasculares podem se tornar fatais caso o tratamento médico adequado não seja realizado (FEKETE, 1990).

A dose recomendada pela American Heart Association para a profilaxia com amoxicilina é de 2g para o intervalo de uma hora antes do procedimento. Pode ser prescrita para qualquer paciente, desde que este não apresente hipersensibilidade às penicilinas. Os níveis séricos duram de seis a quatorze horas, portanto não é recomendada uma segunda dose após o procedimento. Pacientes debilitados, imunodeprimidos, aqueles que se submeteram a hemodálises e portadores de febre reumática, deverão receber profilaxia com

antibióticos, mesmo que utilizem antibióticos regularmente. Nesses casos, o protocolo sugere que seja prescrito um antibiótico diferente do que vinha sendo utilizado, para evitar resistência cruzada. Caso o paciente esteja usando originalmente uma penicilina, as opções para profilaxia seriam a clindamicina, cefalexina ou cefadroxil, ou ainda, azitromicina. E, se possível, adiar a intervenção por 9 a 14 dias após o término do uso do antibiótico inicial, para que a flora normal seja restabelecida (LISBOA, 2004).

Tzukert et al. (1986) relatam que além da antibioticoterapia profilática, o grau de bacteremia poderá ser reduzido pelo bochecho com uma solução antibacteriana antes do procedimento odontológico. Essa medida reduz significativamente o número de bactérias na cavidade bucal por 30 minutos a 60 minutos.

2.8 A inclusão da odontogeriatria nos currículos odontológicos

Para Werner et al. (1998), a odontogeriatria é definida como

“O ramo da odontologia que enfatiza o cuidado bucal da população idosa, especificamente tratando do atendimento preventivo e curativo de pacientes com doenças ou condições de caráter sistêmico e crônico associados a problemas fisiológicos, físicos ou psicológicos”.

Cunningham et al. (1984), ao realizarem um estudo com estudantes de odontologia da Universidade de Iowa, observaram que as atitudes em relação aos pacientes idosos eram negativas e havia um sentimento de incompetência para tratá-los. A partir dessas observações, criou-se, na graduação, um programa de duas a quatro semanas de duração, para atendimento em uma instituição de idosos. Os autores relatam que o benefício dessa atividade encorajou a inclusão dessa disciplina nos currículos das escolas norte-americanas.

Christensen (1985) descreve em sua pesquisa a experiência de cinco anos da introdução da disciplina odontogeriatría no Royal Dental College, em Copenhague. Inicialmente, o curso era ofertado na disciplina de prótese e se baseava em apenas algumas noções de geriatria. Observou-se a necessidade de um maior conhecimento dos estudantes na abordagem de pacientes idosos. Portanto, o curso de odontogeriatría passou a ser obrigatório para todos os estudantes do último ano, com os seguintes conteúdos: teorias de geriatria, nutrição, funcionamento neuromuscular, cárie na superfície radicular, a influência do envelhecimento nos tecidos bucais, aspectos psíquicos e somáticos em gerontologia. O principal objetivo do curso era criar nos alunos a noção da importância da manutenção dos dentes, através da instituição de medidas preventivas direcionadas aos idosos. Além disso, os alunos teriam a oportunidade de realizar atendimento em instituições asilares, casas geriátricas e hospitais com equipamentos portáteis.

Holtzman et al. (1988) desenvolveram um projeto demonstrando a necessidade de um programa de treinamento para dentistas e demais profissionais da área da saúde nos cuidados com a saúde bucal de pacientes idosos. O curso tinha seis meses de duração e era constituído de módulos interdisciplinares com aspectos relativos aos cuidados em saúde bucal, estudos epidemiológicos, planejamento e políticas de saúde. Participavam do programa dentistas, higienistas dentais, enfermeiros, planejadores e administradores da área da saúde. Os autores descrevem a necessidade do treinamento em saúde bucal devido ao recuo do edentulismo e do aumento da procura dos idosos pelo atendimento odontológico.

Ettinger et al. (1990) realizaram uma pesquisa com questionários distribuídos a 926 dentistas graduados na Universidade de Iowa, no período de 1975 a 1980. Obtiveram um retorno de 72,1% dos questionários. A amostra foi dividida em três grupos: os que se graduaram antes de 1980 e que não tiveram a disciplina de geriatria; depois de 1980, quando foi introduzida essa disciplina no currículo; e os que se graduaram depois de 1980 e que, no último ano, tiveram prática de

quatro semanas com unidade odontológica móvel ou na clínica de cuidado especial na própria instituição. Os CD graduados antes de 1980 atuavam como consultores em instituições, enquanto os graduados depois de 1980 realizavam tratamento odontológico nesses locais. A prática clínica foi citada como sendo a principal fonte de informação para o conhecimento em geriatria.

Kiyak e Brudvik (1992) realizaram um estudo com o objetivo de auto-avaliar a competência de 172 CD que se graduaram na Universidade de Washington, no período de 1987 a 1990, para tratarem pacientes idosos. Os estudantes tiveram um curso teórico de vinte semanas e um curso prático de cinco semanas com pacientes geriátricos. Observou-se uma significativa melhora nas habilidades com pacientes idosos em todas as áreas, principalmente nos planejamentos do tratamento, na coordenação de programas preventivos, no encaminhamento dos pacientes para atendimento no serviço público e no atendimento fora do consultório. Os autores concluíram que a prática clínica com pacientes idosos é necessária para reforçar os conhecimentos adquiridos no curso teórico.

Kina et al. (1996) descrevem que a odontogeriatrics foi introduzida na Universidade de Maringá, em 1982, com o objetivo de desenvolver programas integrados multidisciplinares e multiprofissionais. O objetivo desse curso era que os alunos tivessem conhecimentos das principais doenças que ocorrem com o envelhecimento, realizassem o diagnóstico das patologias bucais, tivessem fundamentos de odontologia restauradora e preventiva e conhecessem os aspectos demográficos, sociológicos, psicológicos e farmacológicos dos pacientes idosos. A prática era realizada em estágios supervisionados na clínica integrada de adultos, atendimento em domicílio, asilos, hospitais, núcleos integrados de saúde e através da participação em programas direcionados a pacientes idosos pelo setor público e privado. De acordo com os autores, a inclusão da odontogeriatrics nos currículos é uma forma de aumentar o mercado de trabalho dos CD e uma oportunidade de desenvolver estudos e pesquisas em geriatria. Além disso, contribui para

formar profissionais com sólidos conhecimentos técnico-científicos, conscientes da realidade social e de seu papel como agentes de saúde.

Padilha et al. (1998b) descrevem que, na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a odontogeriatrics era ofertada na disciplina de prótese. Atualmente, está incorporada ao Departamento de Odontologia Preventiva e Social, afastando-se da imagem do idoso como desdentado. Cita o papel importante das instituições como formadoras de indivíduos capazes de manejar com sucesso as transformações da estrutura etária da população brasileira. A proposta é de atendimento aos pacientes que vivem na comunidade e os institucionalizados. Dentre os procedimentos realizados nos pacientes acamados e/ou dependentes, citam-se as orientações de higiene bucal, técnicas restauradoras atraumáticas, tratamentos preventivos e reabilitadores.

Chalmers (2001) realizou uma pesquisa com o objetivo de identificar e discutir a condição da saúde bucal dos idosos na Austrália. Observou que o edentulismo está diminuindo e as lesões de cárie coronária e radicular nos idosos são problemas significativos, especialmente nos idosos funcionalmente dependentes, com problemas cognitivos e com problemas sistêmicos que fazem uso de múltiplos medicamentos. A saúde bucal dos idosos institucionalizados é precária e tende a se agravar devido ao pouco conhecimento dos cuidadores com relação à necessidade dos cuidados com a higiene bucal desses pacientes. Os dentistas do serviço público e privado não estão preparados para o atendimento de pacientes idosos e nas escolas de odontologia não existe uma formação específica em geriatria.

Lee et al. (2001) citam que devido ao aumento da população idosa, os CD necessitarão adquirir um maior conhecimento na abordagem desses pacientes. Os idosos reterão mais seus dentes e, portanto, necessitarão de serviços de dentística restauradora, próteses, endodontia, periodontia, cirurgia e ortodontia

anteriormente raros nessa faixa etária. Nos EUA, apesar da odontologia geriátrica ter sido reconhecida há 15 anos, ainda está num estágio incipiente e os estudantes de odontologia que não tiverem essa formação enfrentarão dificuldades na abordagem desses pacientes. Enfatizam que, com o aumento da população idosa, as instituições de odontologia serão obrigadas a revisar seus currículos para preparar o aluno da melhor forma, incorporando atividades interdisciplinares.

Alves-Resende e Bispo (2001) realizaram uma pesquisa com o objetivo de traçar o perfil do acadêmico de odontologia frente às mudanças nos modelos de atuação pública e privada no atendimento de pacientes idosos. Um questionário foi aplicado a 80 graduandos do ano 2000 da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, solicitando informações sobre seus conhecimentos e habilidades no manejo de pacientes idosos. Encontraram que 81% dos acadêmicos entrevistados sentiam-se adequadamente preparados para o atendimento de idosos no consultório, porém 70,7% não se sentiam aptos para o atendimento de pacientes institucionalizados. Oitenta por cento dos egressos afirmaram que a capacidade funcional dos idosos atua como fator determinante de suas necessidades bucais, enquanto 41,4% reconhecem a influência dos medicamentos na condição bucal e sistêmica dos indivíduos. Quarenta por cento dos alunos responderam que tiveram noções de geriatria em tópicos isolados durante a graduação. Os autores concluíram que os cursos de graduação em odontologia deveriam possuir conteúdos programáticos específicos em odontogeriatrics, na tentativa de aumentar os conhecimentos e habilidades dos egressos, além de promover atitudes positivas em relação ao tratamento de pacientes idosos.

Tin (2001) apresentou um projeto de implantação da Unidade de Odontologia Geriátrica na Clínica Odontológica Integrada da Faculdade de Odontologia de Campinas em 1993. O objetivo da proposta era incrementar, nos futuros profissionais, um maior conhecimento na prática com pacientes idosos. Segundo o autor, a inclusão dessa disciplina deverá despertar a necessidade

da atuação preventiva dos profissionais da área odontológica em relação aos pacientes idosos.

Saintrain (2003) realizou uma pesquisa para avaliar a situação atual e as perspectivas do ensino da odontogeriatria nas universidades brasileiras. Foram enviados dois tipos de questionários a 66 instituições, sendo um para os coordenadores e outro para os estudantes do último semestre. Os objetivos eram conhecer quais instituições ofertavam o curso, em quais disciplinas era incorporada, a preferência e a perspectiva do aluno após a conclusão do curso em trabalhar com idosos. Concluiu que o ensino da odontogeriatria, no Brasil, ainda se encontra em fase incipiente, mas com perspectivas de ampliação, sendo requisitada por grande parte dos alunos. Evidenciou ainda que a disciplina odontogeriatria pode influenciar de maneira significativa na preferência e perspectiva do aluno em trabalhar com pacientes idosos. Recomenda que as universidades criem espaços para o atendimento de idosos como forma de favorecer e estimular o relacionamento dos estudantes com esse grupo e que tal disciplina deveria estar apoiada por conhecimentos em epidemiologia e no trabalho interdisciplinar e multiprofissional.

Nos EUA, o ensino da odontogeriatria foi introduzido na Universidade de Iowa, em 1973, como disciplina eletiva junto ao Departamento de Biologia Oral. O curso era semestral e limitado a dez estudantes. Em 1993, a odontogeriatria foi incorporada na grade curricular do curso de odontologia (ETTINGER et al., 2000).

No Brasil, por ocasião da 2ª Assembléia Nacional de especialidades Odontológicas-ANEIO, a odontogeriatria foi reconhecida como especialidade (resolução CFO-22/2001, capítulo I, seção IX, e citada no artigo 29). A odontogeriatria foi definida como:

“A especialidade que se concentra no estudo dos fenômenos decorrentes do envelhecimento que também tem repercussão na boca e suas estruturas associadas, bem como a promoção da saúde, o diagnóstico, a prevenção e o tratamento de enfermidades bucais e do sistema estomatognático do idoso” (CFO, 2002).

As Diretrizes Curriculares Nacionais foram estabelecidas após uma ampla discussão sobre a necessidade de mudar a formação dos profissionais da área da saúde. Estas são sugestões para a mudança dos currículos nas instituições de ensino superior. Com relação à odontologia “espera-se que o formando tenha uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico-científico”. Esteja capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica de seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade”. (CNE, 2002).

De acordo com Carvalho, (ABENO, 2000) as novas disciplinas, incluindo a odontogeriatrics, poderão ser transformadas em disciplinas eletivas ou optativas na graduação, com nível de abrangência mínima que permita aos estudantes posteriormente aprofundar seu conhecimento na pós-graduação. Os temas de geriatrics poderão estar integrados em disciplinas que tratem de ciências sociais, de diagnóstico e de planejamento de terapêuticas de farmacologia e de procedimentos operatórios. O aluno deverá ter uma visão geral do tema e ter consciência dos limites de sua atuação.

Paixão (1979) descreve que as disciplinas optativas são definidas com base nas especialidades. O especialista é aquele profissional dotado de grande destreza e habilidade, de experiência acumulada em pouco tempo, pois executa um número restrito de tarefas horas a fio. A especialização precoce do recém formado tenderia a execução mecânica de determinada técnica sem o

domínio do conjunto da prática profissional, com conseqüente perda da visão da totalidade.

Lima (2001) cita que atualmente, na odontologia, existem 19 especialidades reconhecidas pelo CFO. A inclusão dessas disciplinas na graduação é de competência do MEC, pois é esse órgão que regulamenta o conteúdo mínimo das disciplinas nos cursos.

Moysés (2003) descreve que a odontologia no Brasil tem o desafio de melhorar os indicadores de saúde, principalmente para os grupos mais vulneráveis da população. Devem tornar mais acessíveis à população os benefícios potenciais que a ciência e a tecnologia reservam aos mais privilegiados. São necessárias mudanças no projeto pedagógico atual, no sentido de incluir no currículo de odontologia conteúdos de ciências humanas, ciências biológicas, enfim, ciências da vida. Os alunos devem estar conscientizados da responsabilidade da atenção à saúde e que ela não se encerra com o ato técnico, mas sim com a resolução do problema da saúde, tanto no nível individual como no coletivo. Segundo o autor, essa transformação é necessária para que haja uma maior humanização na educação em odontologia.

2.9 Conhecimentos e atitudes com relação aos idosos

Buscaram-se, como referências para a presente pesquisa, estudos na área da saúde e das ciências sociais a respeito de atitude e percepção com relação aos idosos ou ao envelhecimento. Embora atitude e percepção sejam palavras que não têm o mesmo significado, descrevem a reação dos indivíduos frente às mudanças que ocorrem com a sua velhice ou na velhice do outro.

De acordo com Ferreira (1980), atitude é definida como modo de agir, comportamento, procedimento, reação ou maneira de ser de um indivíduo. A percepção é definida como uma forma de adquirir conhecimento por meio dos sentidos.

Para Neri (1991), atitudes são um conjunto de variáveis ou disposições capazes de mediar uma ampla variedade de comportamentos em relação a um dado objeto. Seu componente distintivo é avaliativo e, dessa forma, as atitudes são uma das principais dimensões do significado.

Wolk e Wolk (1971) realizaram um estudo por meio de um questionário com 220 pessoas classificadas de acordo com sua ocupação, idade e se trabalhavam ou não com idosos. A amostra consistiu de estudantes e profissionais de serviço social, de psicologia e de enfermagem. O objetivo era avaliar as atitudes dos profissionais em relação a pacientes idosos. Os resultados mostraram que as atitudes foram positivas para aqueles profissionais que escolheram trabalhar com pessoas idosas. No grupo que não trabalhava com idosos, as atitudes eram negativas. As atitudes do grupo mais jovem eram mais positivas do que o grupo mais velho. Segundo os autores, os trabalhadores mais velhos se sentem ameaçados e tendem a compensar isso com atitudes negativas, especialmente aqueles que têm um trabalho mais intelectual. Esses profissionais reconhecem o paciente idoso como dependente, à procura de ajuda e que exigem deles muito mais do que poderiam lhes oferecer. Por outro lado, os profissionais mais jovens, associam pacientes idosos a seus pais, e assim teriam atitudes mais positivas. As enfermeiras apresentavam atitudes mais positivas em relação ao grupo devido ao fato de seu trabalho envolver contato físico mais que comunicação verbal.

Kiyak et al. (1982) realizaram uma pesquisa através de um questionário enviado pelo correio a trezentos e trinta e dois CD cujos nomes foram obtidos pela listagem da Associação Odontológica do Estado de Washington, nos EUA. Houve um retorno de 76% dos questionários. Tinham como objetivo avaliar se as características dos CD influenciavam suas atitudes com relação a pacientes idosos. O questionário continha perguntas sobre a saúde, os fatores psicossociais e a renda dos pacientes; o ano de graduação dos CD, a modalidade de serviço que atuavam, a realização de cursos em geriatria e o número de idosos

atendidos. Observaram que os CD com maior tempo de graduação e aqueles que exerciam a prática privada apresentavam atitudes mais positivas com relação aos idosos. A maioria dos CD (74,6%) adquiriu conhecimentos de geriatria durante o curso de prótese. A atitude dos CD que responderam ter realizado cursos de geriatria não foi diferente dos demais. Os CD que atendiam mais pacientes idosos foram os que apresentaram atitudes mais negativas. Os autores observaram que a educação do estudante de odontologia, isoladamente, não é eficaz para mudar suas atitudes com relação aos idosos. A família tem um importante papel nessa formação. Os programas de treinamento focalizam apenas as imagens positivas dos idosos e a realidade é outra quando estes se deparam, na prática clínica, com as debilidades físicas e mentais desses indivíduos. Embora os CD da pesquisa se sentissem aptos para o manejo clínico dos pacientes idosos, as complexas características fisiológicas e psicológicas apresentadas por esses pacientes reduziam o interesse dos profissionais em tratá-los. Os autores sugerem que os alunos na graduação devam ter experiências com diferentes grupos de idosos: institucionalizados, saudáveis, com problemas sistêmicos e de vários níveis sócio-econômicos. É importante que a educação em odontologia geriátrica vá além da parte técnica do tratamento, abordando todos os fatores que estão relacionados com as mudanças que ocorrem com o envelhecimento.

Sheiham et al. (1986) realizaram um estudo com o objetivo de comparar as atitudes de um grupo de estudantes de odontologia Ingleses e Americanos em relação a pacientes idosos. O estudo foi realizado com um questionário que procurava avaliar se havia diferenças nas atitudes em relação a pacientes de 32 ou de 65 anos. Nos resultados obtidos, foi observado que os estudantes tinham atitudes mais negativas com os pacientes de 65 anos. Os autores sugerem que devem ser desenvolvidos currículos odontológicos que ataquem os preconceitos e estereótipos que são sustentados pelos estudantes, permitindo a eles melhorarem seus conceitos acerca dos idosos. A introdução do curso de odontologia geriátrica nas instituições torna-se necessária para prover informações relativas ao cuidado de pacientes idosos, visando ao

conhecimento sobre o envelhecimento normal e patológico. Além disso, devem ser incluídas nos currículos as implicações sociais, comportamentais e médicas para o tratamento odontológico de pacientes idosos.

Strayer et al. (1986) realizaram uma pesquisa com 464 CD clínicos gerais para avaliar o conhecimento sobre o envelhecimento e sua percepção sobre o comportamento dos pacientes idosos. Procuraram identificar se havia relação entre as características dos CD e sua prática, com o conhecimento e a percepção do comportamento dos idosos. Para a confecção do questionário foi realizado um pré-teste com professores de odontologia da Universidade de Minnesota e, depois, validado com outros professores da clínica da mesma instituição. A listagem dos CD foi obtida da Associação Dentária do Estado de Ohio. Os questionários foram enviados pelo correio com selo pré-pago. De 1.198 questionários entregues, houve um retorno de 464 (além da perda devido ao não retorno, foram excluídos aqueles que não eram clínicos gerais). Os CD foram divididos em grupos com menos de dez, de dez a vinte e dois, e acima de vinte e dois anos graduação. Oito por cento dos CD haviam realizado cursos de odontogeriatría, 98% eram do gênero masculino e 75% responderam que os idosos compreendiam de 10% a 15% dos pacientes atendidos. Somente 3% dos CD responderam que atendiam fora do consultório, 95% exerciam a atividade privada e 70% se sentiam aptos a tratar pacientes idosos. A habilidade para tratar idosos era um significativo preditor do nível de conhecimento dos CD acerca do envelhecimento ($p < 0,01$). O número de idosos atendidos, a participação em cursos e o nível de satisfação em tratar os idosos não influenciaram no conhecimento e na percepção do comportamento dos CD em relação aos pacientes idosos. Os CD pesquisados apresentaram uma percepção positiva do comportamento dos idosos. Entretanto, 50% dos CD informaram que os idosos eram os pacientes que menos satisfação lhes davam no tratamento.

Grembowski et al. (1988) realizaram uma pesquisa com 200 clínicos gerais, em Washington-EUA, para avaliar os fatores que influenciavam as decisões de

tratamento na prática clínica com pacientes geriátricos. Os questionários foram enviados pelo correio com selo pré-pago e obtiveram um retorno de 156 questionários respondidos. Os resultados mostraram que os planejamentos dos CD para o mesmo caso clínico eram diferentes e que fatores técnicos eram considerados como sendo mais importantes do que os fatores relacionados ao paciente. Sessenta e sete por cento dos dentistas não incluíam os pacientes nas decisões de tratamento, realizavam menos orientação preventiva e mais procedimentos restauradores.

Ettinger et al. (1989) realizaram um estudo para comparar as decisões clínicas de tratamento de cinco dentistas graduados em diferentes escolas, sendo que três haviam completado pós-graduação. As experiências que cada um tinha com pacientes idosos variavam de 2 a 10 anos, com uma média de 6,4 anos. Os CD avaliaram um paciente de 75 anos, não institucionalizado, com história de hipertensão, arritmia cardíaca e artrite, todos controlados com medicamentos. Ao exame clínico, apresentava uma prótese total superior e parcial inferior instáveis, realizadas há 15 anos, severo bruxismo, bolsa periodontal em dois dentes inferiores e cálculo subgingival. Cada profissional delineou um plano de tratamento para este paciente. Concluiu-se que os planos de tratamento eram semelhantes nos aspectos relacionados ao tratamento preliminar que consistia em ajuste das próteses, raspagem e polimento, instruções de higiene e prescrição de flúor. Em relação ao tratamento restaurador, foram dados diferentes planejamentos, baseados principalmente nas experiências clínicas de cada profissional.

Lebel (1989) cita que estudos têm demonstrado que mais da metade dos idosos nos EUA não freqüentam dentistas por 5 anos ou mais. Segundo o autor, um dos motivos citados foi a atitude das pessoas idosas que acreditam que uma pobre saúde bucal é esperada com o envelhecimento e que nada pode ser feito. Dessa forma, os idosos não procuram os CD para realizarem reabilitações e prevenções como os pacientes de outras faixas etárias, mesmo quando cuidado de baixo custo ou gratuito é ofertado. Uma outra barreira

citada pelo autor é a atitude dos dentistas que acreditam, ou são treinados a acreditar, que idosos são maus candidatos para a realização destes procedimentos. A maior justificativa para essa atitude é a falta de compreensão acerca do processo natural de envelhecimento humano e sua relação com a saúde bucal.

Neri (1991) realizou uma pesquisa para identificar as atitudes de brasileiros sobre o velho e velhice. Foram selecionados indivíduos não-idosos, de diferentes gêneros, idade, nível de escolaridade e região geográfica da residência. Procurou-se verificar se havia relações entre os conceitos de velho e velhice pessoal com as variáveis dos sujeitos. Foram selecionados 4.778 sujeitos, com uma representação proporcional à densidade demográfica de suas respectivas regiões geográficas. Para a avaliação da atitude, a autora usou o Inventário Sheppard e para avaliar os conceitos “o velho é” e “quando eu ficar velho eu serei”, a escala Diferencial Semântica. Concluiu que as atitudes dos sujeitos frente à velhice são predominantemente positivas e que outras pesquisas devem ser realizadas para melhor esclarecer a relação entre significados e comportamentos com relação à velhice. Sugere priorizar essas pesquisas com pessoal técnico que lida com idosos como, por exemplo, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e administradores de recursos humanos.

Dolan e Davidson (1992) realizaram um questionário com 159 cirurgiões-dentistas clínicos gerais para avaliar as decisões sobre um plano de tratamento odontológico hipotético. Os dados foram coletados por meio de um questionário contendo fotos intra-orais, um breve histórico médico e da condição bucal. O paciente era parcialmente dentado, apresentando um quadro de pulpíte irreversível no dente 36. O objetivo era a realização de um planejamento de tratamento para o arco inferior, para um paciente com idade de 44, 65 ou 84 anos. Nos resultados obtidos, encontrou-se que os cirurgiões-dentistas planejaram um tratamento limitado para o paciente com 84 anos justificando o mesmo pela diminuição da expectativa de vida, a incapacidade do paciente em

tolerar o tratamento e o baixo custo-benefício. Os autores concluíram que a idade foi o fator que mais influenciou as decisões dos CD e que mais pesquisas são necessárias para testar essa associação.

Abreu e Wagner (1996) realizaram uma pesquisa sobre um confronto entre visões de moradores da cidade de São Paulo sobre velhos e sociedade. A amostra consistiu de 360 pessoas, de diferentes faixas etárias, gênero e nível de escolaridade. O instrumento utilizado foi um questionário composto de doze questões, obtidas pela literatura, pelas pesquisas de campo na área e pela experiência dos autores. As perguntas foram agrupadas em quatro partes. Na primeira, buscou-se a caracterização do velho por critérios biológicos, psicológicos, sociais e cronológicos. A segunda, as relações sociais e familiares na velhice. A terceira, os estereótipos negativos sobre o velho. A quarta, as expectativas sobre a própria velhice. Nos resultados, encontrou-se que para a maioria (63%) velho é quem tem mais de 60 anos e para 22% velhice é um estado de espírito. Para 54% o velho só deve morar com os familiares e 85% vêem o velho na família auxiliando, sendo respeitado e ajudado. Cinquenta e um por cento acham que trabalhar na velhice não é opção pessoal, 49% acham que o velho, ao se divertir, deve respeitar os limites de sua idade e 41% acham que é ridículo o velho comportar-se em desacordo com sua idade. Quarenta por cento se vêem na velhice como independentes, 16% como participantes, 24% se vêem bem aceitos pela família e pela sociedade, 19% não querem pensar sobre a velhice e 1% não quer ficar velho. O conjunto das opiniões dos jovens mostrou grande variedade, com influências de faixa etária, gênero e nível de escolaridade, porém, com predominância de imagens negativas e algumas estereotípias. O gênero feminino apontou sentimentos mais positivos com relação à velhice.

Reynolds (1997) demonstrou em sua pesquisa que mais de 50% dos dentistas tinham preconceitos com os pacientes idosos e que isso influenciava o tratamento. As extrações dentárias e as restaurações eram a base dos tratamentos propostos. Os idosos associam o envelhecimento com a perda dos

dentes e acham que as consultas odontológicas não são necessárias por não possuírem mais dentes. Conclui que essa concepção é responsável em grande parte por 15.000 novos casos anuais de câncer bucal encontrados na população idosa acima de 65 anos de idade. Esse fator, associado à xerostomia, reabsorção óssea aumentada e à precária nutrição provocada pela má saúde bucal, reforçam claramente a necessidade de um contínuo cuidado preventivo nesse grupo etário.

Segundo Dunkerson (1997), os preconceitos e estereótipos em relação aos idosos são derivados de estudos antigos que comparavam jovens ativos e saudáveis com idosos hospitalizados ou em asilos. No entanto, o envelhecimento não significa o mesmo que ficar doente ou incapaz. É preciso preparar a sociedade, os profissionais, os programas de saúde pública e os próprios idosos, para mudanças nessas atitudes e comportamentos.

Torriani (2000) realizou uma pesquisa qualitativa com quatro CD Bucomaxilofaciais de Porto Alegre com o objetivo de avaliar sua formação e sua prática no atendimento ao idoso portador de traumatismo. Todos trabalhavam no serviço de Pronto Socorro do Hospital Cristo Redentor dessa cidade. Para conhecer a realidade dos pacientes, objetivando uma melhor compreensão do tema, realizou inicialmente uma pesquisa nos prontuários dos pacientes atendidos naquela instituição. Nos resultados obtidos, encontrou que com relação à parte técnica do tratamento não houve diferença entre os CD. Observou que o relacionamento profissional-paciente era afetado pelas dificuldades de compreensão do idoso devido às deficiências auditivas, de verbalização, sensorial e motora. Nenhum CD recebeu informação específica sobre pacientes idosos. O conhecimento foi obtido pela prática clínica ou pela observação de outras especialidades médicas. Todos consideraram fundamental a necessidade de obter conhecimentos nessa área.

Tin (2001) cita uma pesquisa com questionários realizada numa Universidade da Terceira Idade, com quarenta e duas pessoas com idade acima de 40 anos, onde lhes era perguntado o que achavam do envelhecimento. Os resultados mostraram que quinze indivíduos viam o envelhecimento como um momento de experiência, de sabedoria, o momento mais feliz da vida; dez o descreveram como um fato natural, normal, uma consequência da vida; sete afirmaram ser o envelhecimento uma fatalidade e sentiam uma reação de medo e/ou tristeza; três responderam não pensar nisso; dois não souberam responder e cinco responderam de formas diversas.

Outra pesquisa foi citada pelo autor, realizada pela Louis Harris Company, em 1975, para o Conselho Nacional sobre a velhice. Nessa pesquisa, encontrou-se que 74% da opinião pública americana considerava os velhos simpáticos e afáveis, 64% os julgavam possuidores de sensatez adquirida pela experiência, 41% os tinham como fisicamente ativos, 35% como eficientes, 29% como perspicazes. Apenas 21% dos entrevistados consideravam que os idosos poderiam se adaptar à sociedade e somente 5% os julgavam sexualmente ativos. Os dados revelam uma surpreendente proporção de norte-americanos de idade avançada econômica e socialmente felizes e satisfeitos com os últimos anos de suas vidas.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar o grau de conhecimento dos CD da cidade de Belo Horizonte na abordagem de pacientes idosos e identificar suas atitudes em relação ao envelhecimento.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos CD que atendem pacientes idosos.
- Identificar a conduta dos CD em relação ao atendimento de pacientes idosos.
- Avaliar o grau de conhecimento dos CD em relação ao paciente idoso.
- Identificar as atitudes dos CD em relação ao envelhecimento.
- Avaliar a relação entre as variáveis sócio-demográficas, grau de conhecimento e atitude dos CD em relação aos idosos e ao envelhecimento.

4. METODOLOGIA

4.1 Universo

Para realizar este estudo, foi solicitada ao Conselho Regional de Odontologia, seção Minas Gerais (CROMG), a listagem dos CD inscritos na cidade de Belo Horizonte. Essa listagem continha nome completo, endereço residencial ou do consultório e o número de registro por ordem de inscrição. O número total de CD até a data da requisição - junho de 2004 - era 7.033.

4.2 Critérios de inclusão e exclusão

Neste estudo foram incluídos os CD sediados em Belo Horizonte inscritos no CROMG e que, no momento do contato telefônico com a pesquisadora, disseram que atendiam pacientes idosos. Foram excluídos os remidos, aposentados, falecidos, os que fizeram parte dos pré-testes, a pesquisadora e os orientadores. Após a exclusão, a população ficou constituída de 6.756 CD.

4.3 Cálculo Amostral

Para o cálculo do tamanho da amostra foi empregada a fórmula de BARNETT (LUCAS, 1995; CASTILHO, 1997) considerando a variabilidade populacional de 0,75 que responderam de acordo com o esperado pela pesquisadora e 0,25 que não responderam de acordo com o esperado, sendo $PQ = 0,1875 (0,75 \times 0,25)$. O nível de significância e o erro amostral foram estabelecidos em 5%.

Como não se conhecia a variabilidade populacional, foi estabelecido o valor máximo de 25%. Sendo assim, a amostra ficou constituída de 276 CD.

$$n = \frac{N}{1 + \frac{N - 1 (d)^2}{PQ (Z\alpha/2)^2}} \quad (\text{BARNETT, 1982})$$

Onde:

N= total populacional (6756)

PQ= Variabilidade 25%

α = nível de significância (5%)

d= margem de erro amostral (5%)

$Z\alpha/2$ = valor tabela normal padrão (1,96)

Após a determinação da amostragem, realizou-se a aleatorização por sorteio no Programa Epi Info 6.04b (DEAN et al., 1995). Foram necessários três sorteios para compor a amostra devido à recusa em participar da pesquisa, na entrega do questionário, ou para substituir os CD sorteados que não atendiam pacientes idosos.

Para a montagem do pré-teste, realizou-se, por conveniência, uma entrevista com 12 CD, sendo quatro com até 5 anos de graduação, quatro com 5 a 15 anos e quatro com mais de 15 anos. Os CD apresentavam as seguintes especialidades: Odontopediatria, Periodontia, Dor e Disfunção Temporomandibular, Endodontia, Dentística, Ortodontia, Estomatologia e Clínica Geral. Segundo Babbie (1999), a seleção de sujeitos para os pré-testes pode ser feita de modo flexível e variado, não sendo necessária amostragem controlada nesse ponto. Entretanto, os sujeitos selecionados devem ser pessoas razoavelmente adequadas para as perguntas consideradas.

Após sua identificação, a pesquisadora explicou aos CD os objetivos do trabalho e pediu seu consentimento para realizar a pesquisa (ANEXO A). A entrevista continha sete perguntas cujas respostas foram gravadas, e, depois de transcritas, a fita foi destruída (ANEXO B). Após a análise do conteúdo (BARDIN, 1977), considerando as categorias de respostas mais freqüentemente relatadas, foi confeccionado o questionário.

Para a verificação da validade do questionário, mais dois pré-testes foram realizados. No primeiro pré-teste, com finalidade de acolher sugestões e realizar correções, cinco professores da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FO-UFMG) foram escolhidos por conveniência da pesquisadora. Foram feitas modificações a partir das sugestões apresentadas e um segundo pré-teste foi realizado, selecionando outros cinco professores para a validação final do questionário. As especialidades desses profissionais eram: Odontopediatria, Cirurgia Buco Maxilofacial, Periodontia, Saúde Coletiva, Odontogeriatría, Dentística, Radiologia e Prótese.

4.4 Coleta de dados

Foi distribuído aos CD um questionário que continha 41 perguntas, dispostas em três partes, de maneira lógica e seqüencial para facilitar a compreensão dos participantes (ANEXO C).

A primeira parte, cujo objetivo foi a caracterização da amostra, avaliou as variáveis gênero, local de graduação, tempo de graduação, formação em odontogeriatría na graduação e na pós-graduação, modalidade de prestação de serviço e local de trabalho (questões 1 a 8). A segunda parte avaliou a conduta dos CD em relação ao atendimento dos pacientes idosos (questões 9 a 18). E, finalmente, na terceira parte, utilizando a escala de *Likert*, foram feitas onze perguntas a partir de um caso clínico hipotético para avaliar o conhecimento na abordagem de pacientes idosos e doze perguntas para avaliar a atitude dos CD em relação ao envelhecimento.

A escala de *Likert* apresenta cinco alternativas de respostas: *concordo plenamente*, *concordo parcialmente*, *estou indeciso ou não sei*, *discordo parcialmente* e *discordo inteiramente*. Para a análise, essas alternativas são

transformadas em *scores*, que variam de um a cinco pontos. Caso a afirmativa fosse verdadeira, marcaria cinco pontos aquele que concordasse plenamente, quatro pontos aquele que concordasse parcialmente, três pontos aquele que ficasse indeciso ou não soubesse responder, dois pontos aquele que discordasse parcialmente e um ponto aquele que discordasse inteiramente. Caso a afirmação fosse falsa, a pontuação seria invertida (OPPENHEIM, 1966).

O uso de escalas foi utilizado por outros autores para avaliar atitudes com relação aos idosos ou portadores de HIV/AIDS (STRAYER et al., 1986; NERI, 1991; BENNETT et al., 1995; CHALMERS et al., 1996; DISCACCIATI, 1997; DANIEL, 1998; PYLE et al., 1999; VILAÇA, 1999).

No presente estudo, para determinar a pontuação nas respostas da escala, empregou-se um padrão de correção que foi obtido através do consenso dos dez professores da FOUFMG. Nas onze questões que abordaram o conhecimento, o máximo de pontos obtidos seria cinqüenta e cinco e o mínimo onze. Já para a atitude, o máximo seria sessenta e o mínimo doze pontos.

Indicadores únicos (por exemplo, respostas a um item de questionário) podem produzir uma medida tendenciosa da variável em questão. Uma medida composta a partir de vários indicadores diferentes pode eliminar o efeito de viés. Medidas compostas permitem uma maior amplitude de variação da variável. Enquanto um único item dicotômico fornece apenas dois níveis de intensidade (por exemplo, alto e baixo), a combinação de cinco itens resulta na criação de um índice ou escala variando de um baixo (zero) até um alto (cinco). Uma medida composta dá maior poder explicativo à análise e é possível julgar a força relativa da concordância dos vários respondentes. Além disso, escalas podem prover uma eficiente técnica para reduzir dados. Um conjunto extenso de respostas pode ser resumido na forma de um único "score" de escala, sem perder muito da informação original (BABBIE, 1999).

A escolha do questionário como meio de coleta de dados deu-se pelas suas vantagens. TAN e BURKE (1997) relatam que, para se avaliarem atitudes e comportamentos humanos, o questionário é uma boa opção: tem baixo custo, e, quando entregue e recolhido pelo pesquisador, apresenta bons percentuais de retorno. MARCONI e LAKATOS (1990) citam como uma das vantagens da técnica a liberdade do pesquisado em responder sem a presença do pesquisador e sua não interferência na resposta. O método de coleta de dados através de questionários com CD da cidade de Belo Horizonte foi utilizado por vários autores (LUCAS,1995; ALVAREZ-LEITE,1996; GONÇALVES,1996; CASTILHO, 1997; DISCACCIATI, 1997; VILAÇA, 1999).

A técnica de enviar o questionário pelo correio não é recomendável, pois podem ocorrer mais perdas pela não devolução ou extravios, acarretando prejuízo na amostragem (MARCONI e LAKATOS, 1990; CASTILHO, 1997; DISCACCIATI, 1997; TAN e BURKE, 1997).

Diante do exposto, a pesquisadora entrou em contato por telefone com o CD sorteado, identificou-se, apresentou o trabalho, perguntou se atendia pacientes idosos, e, caso afirmativo, se concordaria em participar da pesquisa. Foram realizadas 839 ligações telefônicas para compor o número de CD estipulado pelo cálculo amostral (276 CD). Àqueles que aceitaram participar, a pesquisadora e uma auxiliar especialmente treinada para essa tarefa entregaram um questionário com uma carta de apresentação e duas cópias do termo de consentimento no local previamente determinado pelo CD. Após uma semana, a pesquisadora retornou ao local para receber os questionários respondidos. A coleta dos questionários foi realizada entre os meses de março e agosto de 2005.

4.5 Aspectos éticos

Conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS Ministério da Saúde, nº 196 de 10 de outubro de 1996) acerca de pesquisas envolvendo seres humanos, uma carta de apresentação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO D) foram entregues juntamente com o questionário. O objetivo era esclarecer quem era a pesquisadora e seus orientadores, reforçar a necessidade da participação do profissional no estudo e garantir ao CD o sigilo e a não-identificação de seu nome e de suas respostas (CNS, 1996).

De acordo com as normas da resolução citada, foi preenchido um protocolo de pesquisa, anexando-o ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para ser submetido à avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG-COEP. Em 09 de março de 2005, o COEP emitiu o parecer nº ETIC 493/04 (ANEXO E) aprovando o estudo.

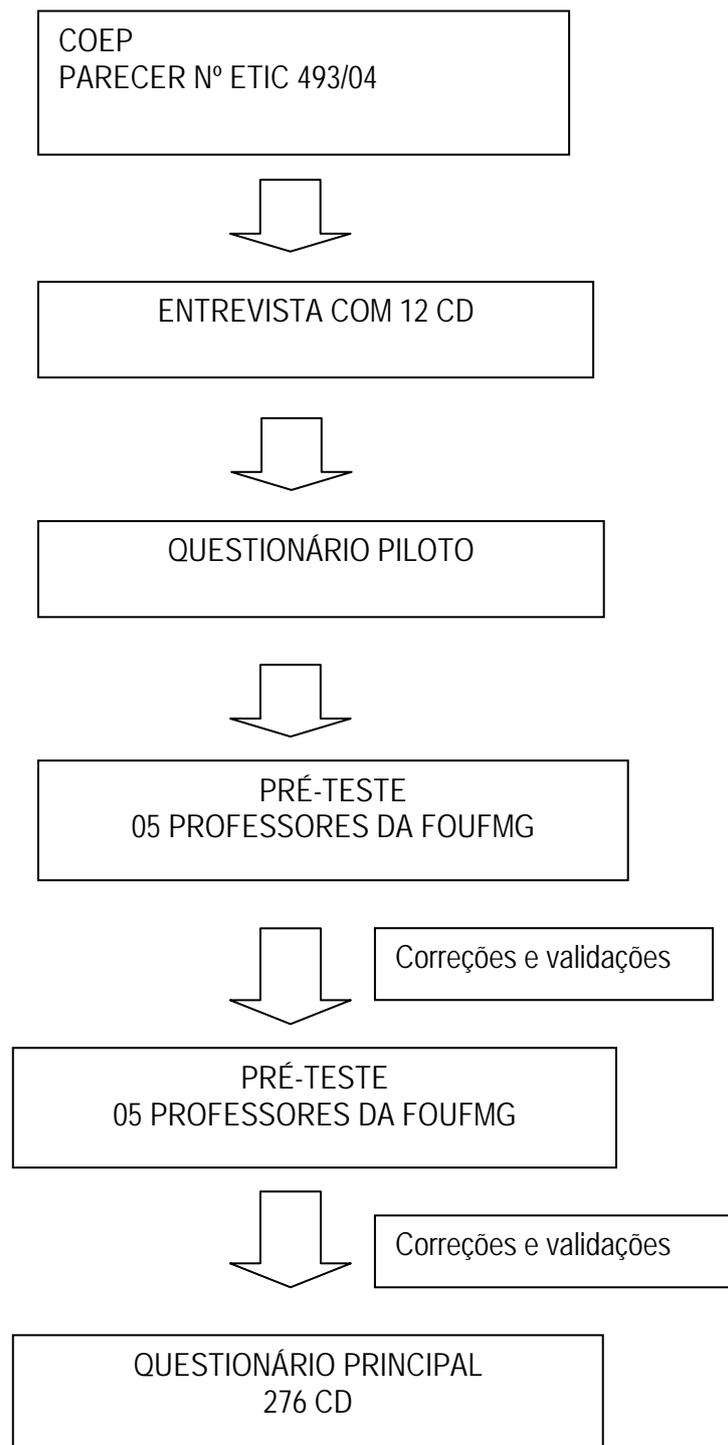
4.6 Apuração e análise dos dados

A descrição das variáveis sócio-demográficas e da conduta dos CD no atendimento a pacientes idosos foi realizada com o uso de tabelas de frequências absoluta e relativa, tabelas de média, mediana, mínimo, máximo e desvio padrão (d.p.).

Os testes não paramétricos para duas amostras independentes (Mann-Whitney) ou para três ou mais amostras independentes (Kruskal-Wallis) (CONOVER, 1980; R & BHATTACHARYYA, 1986) foram usados para relacionar a atitude e o grau de conhecimento dos CD com as variáveis de interesse. Esses testes foram usados devido à violação dos pressupostos de normalidade nas curvas de distribuição e na homogeneidade nas variâncias.

Todos os resultados foram considerados significativos para uma probabilidade de significância inferior a 5% ($\alpha = 0,05$), tendo pelo menos 95% de confiança nas conclusões apresentadas.

4.7 Fluxograma



6. CONCLUSÃO

1- Os CD de Belo Horizonte que atendem pacientes idosos, em sua maioria, foram graduados há 15 anos ou mais, nas instituições FOUFGM e FOPUCMG, são do gênero feminino, clínicos gerais ou especialistas em prótese, exercendo a prática privada na região centro-sul de Belo Horizonte e não participaram de cursos de odontogeriatría.

2- Os CD de Belo Horizonte consideram idoso o indivíduo acima de 60 anos, atendem menos de um paciente idoso por semana, principalmente quando são procurados por eles. Apontam os problemas sistêmicos apresentados pelos idosos como o motivo complicador do atendimento e, neste caso, consultam o médico dos pacientes. Os procedimentos mais realizados são as próteses removíveis e fazem consultas de manutenção preventiva com periodicidade semestral ou trimestral. Não atendem pacientes idosos em instituições, hospitais ou em domicílio e os que vão aos consultórios não precisam de acompanhantes.

3- Os CD graduados na FOPUCMG apresentam maior grau de conhecimento na abordagem dos pacientes idosos do que os graduados nas demais instituições citadas, exceto FOUFGM e FOITAÚNA.

4- Os CD que exercem atividade no serviço público tiveram maior grau de conhecimento na abordagem dos pacientes idosos do que os que atuam apenas no serviço privado.

5- Os CD do gênero feminino apresentam atitudes mais favoráveis com relação ao envelhecimento do que os do gênero masculino.

6- O grau de conhecimento dos CD não influenciou a atitude em relação ao envelhecimento, assim como a atitude não influenciou o grau de conhecimento.

7. SUMMARY

As Brazilian population gets older, health working professionals should acquire sound knowledge about the specifics involving the elderly dental treatment. This work was aimed at assessing the level of knowledge among DS in Belo Horizonte – Minas Gerais when delivering dental treatment to elderly patients and identify their attitudes when facing the aging process. The sample was obtained from the official CROMG registration list of dentists which consisted of 7033 DS registered until 2004, June. The final sample was limited to 6576 DS after the exclusion of the retired, deceased, the author and their instructors and the DS involved in the pre- tests. To be included in the survey the DS must be treating elderly patients when contacted by the author. The sample was calculated using Barnett calculus (1982) – 276 DS - randomly selected by draft. The work was approved by the UFMG Committee on Ethics and Research. A questionnaire was delivered and recovered by the author and a trained auxiliary. Three pre-tests were used before the final questionnaire was completed. In the first, 12 DS were selected, 4 with less than 5 years after graduation, 4 with 5 to 15 years and other group of 4 with more than 15 years after graduation. The interviews were recorded and copied and after analysed, a new questionnaire has been applied to 5 dental Professors. The contents were corrected and applied again to other 5 Professors the FOUFMG. The final questionnaire was divided in three parts and consisted of 41 questions. The aim of the first section was to characterize the sample; the second to determine how the DS handled the elderly patient and in the third the attitude towards the aging process and the knowledge of the DS were analysed by means of *Likert* scale. The data obtained was processed by the EPI Info 6.04b program and non parametric tests ($\alpha = 5\%$) to evaluate the interest and the knowledge and attitude scales. Tables were used to describe the social demographic patterns encountered as well as the DS behavior. The DS living in BH and treating elderly patients are mostly female (51,5%), have graduated 15 or more years (38%) before in FOUFMG (38%) e FOPUCMG (34%). Most are general practitioners (47%) or specialized in prosthesis (15%) working in private offices

(80,6%) in BH central and south areas of the city (65,3%). They do not attend geriatric courses (81,2%) and treat less than an elderly patient a week (73,4%), when they are requested (48, 4%). They believe elderly are individuals aged more than 60 (56%) and think systemic diseases are complicating factors to their approach (60,7%). When facing these complications they tend to contact the physician involved (53,3%). The most frequent procedures are removable prosthesis (67,3%) and they tend to make maintenance appointments every three (35,8%) or six months (47,1%). The elderly treated are functionally independents (59,9%) and the DS do not work with them outside their offices (66,2%). The FO-PUCMG, FO-UFMG, FO-Itaúna graduated DS and those working in public settings showed better knowledge treating elderly patients ($p=0,008$). Female gender DS showed more favorable attitudes when facing the aging process ($p=0,012$). Their knowledge showed when treating elderly patients did not influence their attitude. In the same way their attitude had no influence on their level of knowledge.

8. REFERÊNCIAS

- ABENO. Anais 2000. Novas disciplinas versus novos conhecimentos. Disponível em: www.abeno.org.br. Acesso em 29/01/2006.
- ABREU, E.C.; WAGNER, M. Velhos e sociedade: um confronto entre visões recíprocas de moradores da cidade de São Paulo. *Gerontologia*, vol. 4, nº 1, p.19-26. 1996.
- ADDE, C.A et al. Antibioticoterapia profilática em odontologia. Esquemas terapêuticos em pacientes de risco. *Rev. ABO Nacional*, vol.1, nº 2, p. 87-91, set- out. 1993.
- AINAMO, A. et al. Dental radiographic findings in the elderly in Helsinki, Finland. *Acta Odontol. Scand. Oslo*, vol. 52, nº 4, p.243-249. 1994.
- ALVAREZ LEITE, M.E. *Caracterização da conduta dos cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte frente aos procedimentos de controle de infecção cruzada: Uma perspectiva epidemiológica*. Belo Horizonte. Instituto de Ciências Biológicas da UFMG. 1996. (Dissertação, Mestrado).
- ALVES-RESENDE, M. C. R.; BISPO, A. C. O. Saúde Bucal na terceira idade: egressos do curso de odontologia frente às mudanças nos modelos de atuação pública privada. *Revista Regional de Araçatuba. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, vol. 22, nº 2, p. 01-06, jul-dez. 2001.
- AMINOFF, M. J. Nervous system. In: TIERNEY,L.M; MCPHEE, S.J.; PAPADAKIS, M.A. *Current Medical Diagnosis & Treatment*. 42nd EUA :Lange, p. 946- 1005. 2003.
- ANDREOTTI, F. et al. Major circadian fluctuation in fibrinolytic factors and possible relevance to time of onset of myocardial infarction, sudden cardiac death and stroke. *Am. J. Cardiol.*, vol.66, p. 635-637. 1988
- APOLLONIO, I. et al. Dental status, quality of life, and mortality in an older Community population: a multivariate approach. *American Geriatric Society*, [s.l.], vol.45, nº 11, p. 1315-1323, nov. 1997.

- BABBIE, E. *Métodos de Pesquisa de Survey*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, p.305-304-311. 1999.
- BADRA, A. Psicossomática. *RGO*, Porto Alegre, vol.30, nº 4, p.275, out-nov. 1982.
- BAILLIE, S; WOODHOUSE, K. Medical aspects of ageing: Facial and oral pain. In: BARNES, I.; WALLS, A. *Gerodontology*, Wright. p. 13. 1994.
- BALDISSEROTTO, J.; PADILHA, D. M.P.; CASTILHOS, E. Tratamento atraumático restaurador de cárie dental em idosos. *Revista Técnico-científica do grupo hospitalar Conceição*. Porto Alegre, vol.11, nº 1, jan-jun. 1998.
- BANTING, D.; OUDSHOORN, W. The clinical management of the aging patient: treatment concepts and procedures. *Ontário dentist*, vol.56, nº 4, p. 19-24, april. 1979.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Ed. Setenta. 229p. 1977.
- BARNES, J.; WALLS, A. *Gerodontology*. Wright. 206p. 1994.
- BARNETT, V. *Elements of sampling theory*. London: Hodder and Stoughton. 152p. 1982.
- BENNETT, M. E. et. al. Dentists' attitudes toward the treatment of HIV-positive patients. *J. Am. Dent. Assoc.*, vol.126, nº 4, p. 509-514, april. 1995.
- BERKEY, D. B. Clinical decision-making for the geriatric dental patient. *Gerodontics*, vol. 4, p. 321-326. 1988.
- BERKEY, D. B. et. al. The old-old dental patient- The challenge of clinical decision – making. *JADA*, Chicago, vol. 127, nº 3, p. 321-332, march. 1996.
- BRAGA, T. M. S. Análise das condições facilitadoras de doenças cardiovasculares. In: *Sobre comportamento e cognição*, São Paulo: Arbytes, p. 49-56. 1997.

BRAILSFORD S. R. et. al. The effects of the combination of chlorhexidine/thymol- and fluoride- containing varnishes on the severity of root caries lesions in frail institutionalized elderly people. *Journal of dentistry*, vol.30, nº 7-8, p. 319-24, sept-nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Lei nº 8842, de 04/01/1994 e Decreto nº 1948, de 03/06/1996. *Política Nacional do Idoso*. 2ª ed. Brasília, 32p. 1998.

BRAUN, R. J., MARCUS, M. Comparing treatment decisions for elderly and young dental patients. *Gerodontics*, vol.1, nº 1, p.138-142, feb. 1985.

BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F. L. B. *Odontogeriatría: noções de interesse clínico*. São Paulo: Artes médicas. 481p. 2002.

CAMPOSTRINI, E. P., ZENÓBIO, E. G. Avaliação pelo odontólogo. In: MACIEL, A. *Avaliação Multidisciplinar do Paciente Geriátrico*. Rio de Janeiro: Revinter, p. 170-207. 2002.

CAMPOSTRINI, E (org.). *Odontogeriatría*. Rio de Janeiro: Revinter. 267p. 2004.

CAÑADA-MADINAZCOITIA, L. et. al. Tratamientos prostodóncicos en pacientes geriátricos. *RCOE*, vol.6, nº 2, p.187-193. 2001.

CANÇADO F. A X. *Noções Práticas de Geriatria*. Belo Horizonte: Coopmed. 419p. 1994.

CARRANZA, F. A. *Periodontia Clínica: tratamento periodontal de pacientes geriátricos*. 8ª ed, p. 449-452. 1997.

CARVALHO, F. et al. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.14, nº 3, p. 617-621, jul-set. 1998.

- CASIANO, R. Câncer de laringe. In: GRIFFITH, J.A.; DAMBRO, M.R. *Consulta Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 144-145. 1995.
- CASTILHO, L. S. *Perfil de prescrição de antimicrobianos, analgésicos e antiinflamatórios sistêmicos do cirurgião-dentista, clínico geral, em consultórios particulares da região metropolitana de Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da UFMG, 1997. (Dissertação de Mestrado).
- CHALMERS, J.M. et. al. Factors influencing nurses' aides' provision of oral care for nursing facility residents. *Special care in dentistry*, vol. 16, nº 2, p. 71- 79. 1996.
- CHALMERS, J. M. Geriatric oral health issues in Australia. *International Dental Journal*, vol. 51, nº 3 (suppl), p. 188-99. 2001.
- CHAVES M. M. *Odontologia Social*. 3ª ed. Artes Médicas. p. 80-81-82. 1986.
- CHIANCA, T. K. et. al. El impacto de la salud bucal en la calidad de vida. *Rev. Fola/ Oral*, nº 16, p. 96-100, jul- oct. 1999.
- CHRISTENSEN, J. Introducing gerodontology to students in Denmark. *Journal of Dentistry*, vol. 13, nº 13, p. 184-191. 1985.
- CHRISTENSEN, J., FISKE, J. Domiciliary care for the elderly patient. In BARNES, I.; WALLS, A. *Gerodontology*. Wright, p. 190-199. 1994.
- COELHO, M.M. Profilaxia com antibióticos- necessidade de bom senso. Farmacoterapia. Temas de interesse em odontologia. *Rev. Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais*. Belo Horizonte, p.28, out. 2004.
- COHEN, L.K. International comparisons in the provision of oral health care. *Br. Dent. J.*, vol. 149, nº 12, p. 347-351, dec. 1980.
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO- 22/ 2001. Diário Oficial da União, Seção I, p. 269-272. 25/01/2002.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Especialidades odontológicas. Disponível em: www.cfo.org.br. Acesso em 29/01/2006.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO- CNE. Resolução CNE/CES 3/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE-CNS. Resolução n. 196 de 10 de out. 1996. *Documenta*, Brasília, n. 196, p.1-15, out.1996.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA. Informativo do movimento de inscrição de 2003. *Jornal do CROMG*. Ed. Especial. Ano XXII, n.153. p. 6-8 jul. 2004.

CONOVER, W. J. *Practical Nonparametric Statistics*. New York: John Wiley & Sons, 493p. 1980.

CORMACK, E. *A saúde oral do idoso*. Texinfo ed. 2.1, 1999. Disponível em <http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.htm/>. Acesso em 22/05/99.

CORMACK, E. A equipe multiprofissional no atendimento ao paciente idoso. In: CAMPOSTINI, E. (org.). *Odontogeriatría*. Rio de Janeiro: Revinter, p. 114-118. 2004.

CUNNINGHAM, M.A.; BECK, J.D.; ETTINGER, R.L. Dental students self-assessed competence in treating geriatric patients. *Spec care Dent.*, vol.4, nº 3, p. 113-118. 1984.

CURY, J.A. Controle químico da placa dental. In: *Promoção de saúde bucal, ABOPREV*. São Paulo: Ed. Artes Médicas, cap. 7. p. 129-140. 1997.

DANIEL, S. J. Compliance with infection-control procedures and attitudes of oral health care providers toward patients with HIV-/AIDS: a syntesis of the literature. *J. Dent. Hyg.*, Chicago, vol.72, nº 3, p. 3-45, summer. 1998.

DAS CHAGAS, I. J.; DO NASCIMENTO, A.; DA SILVEIRA, M. M. Atenção odontológica a idosos na OCM: uma análise epidemiológica. *RBO*, vol. 57, nº 5, p. 332-335, set/out. 2000.

DEAN, A. G. et al. *Epi Info, version 6.0 4b: a Word-processing, database, and statistics program for public health on IBM-compatible computers*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. 1995.

DEBERT G.G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivitização do envelhecimento*. São Paulo: Ed. Edusp/Fapesp, 266p. 1999.

DINI, E.L.; CASTELLANOS, R.A. Doenças periodontais em idosos: prevalência e prevenção para populações de terceira idade. *RBO*, vol. 50, nº 2, mar/abr. 1993.

DISCACCIATI, J. A. C. *Disposição de cirurgiões-dentistas para atender indivíduos em risco para a infecção pelo HIV ou com Aids*. Belo Horizonte. Faculdade de Odontologia da UFMG, 1997. (Dissertação, Mestrado).

DOLAN, T.A; COREY, C.R.; FREEMAN, H. E. Older Americans' access to oral health care. *J. Dent. Educ.*, vol.52, nº 11, p. 637-42, nov. 1988.

DOLAN, TA.; DAVIDSON, SN. Patient age and general dentists'treatment decisions. *Spec Care Dentist.*, vol. 12, nº 1, p. 15-20. 1992.

DRUMMOND J, NEWTON J, SCOTT J. Orofacial ageing. In: BARNES, J.; WALLS, A. *Gerodontology*. Wright. 206p. 1994.

DUNKERSON, J. A. *A odontologia na terceira idade*. Disponível na Internet em: [www. Odontologia.com.br/artigos/terceiraidade.html](http://www.Odontologia.com.br/artigos/terceiraidade.html). 1997.

DUNKERSON, J. A. *O atendimento ao paciente odontogeriatrico*. Disponível na Internet em: www. Odontologia.com.br/artigos/terceiraidade.html. 1998.

ELIAS, R. Odontogeriatrics: problemas bucais. *JBC*, vol.3, nº 16, p. 22-24. 1999.

- ETTINGER R.L. Dental Care and management of the aging dental patient. *Journal of Tennessee Dental association*, vol.69, nº 3, p. 10-18, jul. 1989.
- ETTINGER, R.L.; BECK, J.D. Barriers to dental health- Are the elderly really different? *Journal Indiana Dental Association*, vol. 59, nº 1, p. 20-23, jan-feb. 1980.
- ETTINGER, R L; BECK, J.D. Geriatric dental curriculum and needs of the elderly. *Special Care in dentistry*, vol.4, nº 5, p.207-213, sept-oct. 1984.
- ETTINGER, R. Considerações geriátricas em prótese dentária. In: OWALL, B.; KAYSER, A. F.;CARLSSON, G. E. *Prótese dentária: princípios e condutas estratégicas*. Artes médicas. p. 81-95. 1997.
- ETTINGER, R. L. Cohort differences among aging populations: a challenge for the dental profession. *Spec Care in Dentist. Special*, vol. 13, nº 1, p. 19-26, jan-feb. 1993.
- ETTINGER, R. L.; BECK, J.D.; MARTIN, W. E. Treatment planning for an older adult: a pilot study. *Iowa Dental Journal*, vol. 75, nº 3, p. 31-34, july. 1989.
- ETTINGER, R. L.; McLERAN,H.; JAKOBSEN, J. Effect of geriatric educational experience on graduates activities and attitudes. *Journal of Dental Education*, vol. 54, nº 5, p. 273-278. 1990.
- ETTINGER, R. L.; MULLIGAN, R. The future of dental care for the elderly population. *J. Calif. Dent. Assoc.*, vol. 27, nº 9, p. 687-92, sept. 1999.
- ETTINGER, R. L.; WATKINS, C.; COWEN, H. Reflections on changes in geriatric dentistry. *Journal of Dental Education*, vol. 64, nº 10, p. 715-722, oct. 2000.
- FEKETE, T. Controversies in the prevention of infective endocarditis related to dental procedures. *Dent. Clin. North. Am.*, vol. 34, nº 1, p. 79-90, jan. 1990.

- FELDER, R S; MILLAR, S.B. Dental care of the polymedication patient. *The Dental clinics of North America*, vol. 38, nº 3, p. 525-536. 1994.
- FERREIRA, A.B.H. Médio dicionário Aurélio. Ed. Nova Fronteira. p. 193-680-918-1306-1734. 1980.
- FERREIRA, E. F., MAGALHÃES, C. S., MOREIRA, A, N. Promoção de saúde bucal para a população idosa. In: Campostrini, E. *Odontogeriatrics*. Rio de Janeiro :Ed. Revinter, p. 133. 2004.
- FISHMAN, S K. Health professionals' attitudes toward older people. Geriatric dentistry. *Dental Clinics of North America*, vol. 33, nº 1, p. 7-10, jan. 1989.
- FISKE, J. et. al. The emocional effects of tooth loss in edentulous people. *Bristish Dental*, vol.184, nº 2, p. 90-93. 1998.
- FRANKS, A. S. T.; HEDEGARD, B. *Odontologia geriátrica*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Labor do Brasil. 216p. 1977.
- FREIRE, R. M.; DAMIÃO, C. F.; SANTOS, J. F. F. Saúde bucal de pacientes idosos institucionalizados. *Rev. Paulista de Odontologia*, vol. 24, nº 6, p. 30-33. 2002.
- FREITAS, S. F. T. *História social da cárie dentária*. São Paulo: Copyright. 124p. 2001.
- FREITAS, E. V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1187p. 2002.
- GONÇALVES, P. M. J. *Controle de infecção cruzada na prática odontológica por periodontistas de Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da UFMG, 1996. (Dissertação, Mestrado).
- GOODMAN e GILMAN. *As Bases Farmacológicas da Terapêutica*. 9ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hil Interamericana. 1436p. 1996.
- GORDON, S.R.; SULLIVAN, T.M. Dental treatment planning for compromised or elderly patients. *Gerodontics*, vol. 2, p. 217-222. 1986.

- GREMBOWSKI, D.; MILGROM, P.; FISET, L. Factors influencing dental decision making. *Journal of public health dentistry*, vol.48, nº 3, p. 159- 167, summer. 1988.
- GRIFFITH, J.A.; DAMBRO, M.R. *Consulta Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 144-145. 1995.
- GUCKES, A.D.; COOPER, L. F. Conventional and implant oral prostheses. *Clin. Geriatr. Med.* , vol. 8, nº 3, p. 643-57, aug. 1992.
- GUERRA, C.M.F. et. al. Avaliação da frequência ao serviço odontológico pelo idoso. *Pesquisa odontológica Brasileira* (Anais da 20ª reunião anual da SBPQO), vol.17, supl. 2. p. 202. 2003.
- HAYFLICK, L. *Como e porque envelhecemos*. Rio de Janeiro: Ed Campos, p. 4-36. 1996.
- HOLTZMAN, J. M. et. al. Training dental and nondental professionals together: the oral health gerontology fellows program. *Spec Care in Dentist.*, vol. 8, nº 2, p. 54-57, mar- apr. 1988.
- IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2000- Resultados do universo* Disponível <[http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em 05/07/2004.
- INSEL, P.A. Fármacos analgésico-antipirético e antiinflamatórios e medicamentos usados no tratamento da Gota. In: GOODMAN e GILMAN. *As Bases Farmacológicas da Terapêutica*. 9ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hil Interamericana, p. 455-460. 1996.
- 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, p. 39-52. 2001.
- JOHNSON, T.E. Factors contributing to dentists' extraction decisions in older adults. *Spec care in Dentist*, Chicago, vol.13, nº 5, p.195-199, sep-oct. 1993.

- JOHNSTON, C. B. et. al. Geriatric medicine. In: TIERNEY, L. M; MCPHEE, S.J.; PAPADAKIS, M.A. *Current Medical Diagnosis & Treatment*. 42nd EUA: Lange, p. 41-59. 2003.
- KALACHE, A.; VERAS, R.; RAMOS, L. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista Saúde Pública*. São Paulo, vol. 21, nº 3, p. 200-10. 1987.
- KAMEN, S. Oral health care for the stroke survivor. *J. Calif. Dent. Ass.*, vol. 25, nº 4, p. 297-303, april. 1997.
- KEARL, M. C.; MOORE, K.; OSBERG, J.S. Political implications of the new ageism. *Int. J. Aging and human development*, vol. 15, nº 3, p.167-183. 1982.
- KINA, S. et. al. O ensino da Estomatologia no Brasil: a experiência de Maringá. *Rev. Odontol. Univ. São Paulo*, vol. 10, nº 1, p. 69-73, jan-mar. 1996.
- KIYAK, H. A. Como a odontologia percebe a cárie dentária: a história natural da doença. In: FREITAS, S. F. T. *História social da cárie dentária*. São Paulo: Copyright, p. 45- 88. 2001.
- KIYAK H. A. et al. Dentists' Attitudes toward and knowledge of the Elderly. *Journal of Dental Education*, vol. 46, nº 5, p. 266-273. 1982.
- KIYAK, H. A.; BRUDVIK, J. Dental students self-assessed competence in geriatric dentistry. *Journal of dental Education*, vol. 56, nº 11, p. 728-734. 1992.
- KIYAK, H.A. Successful aging: implications for oral health. *J. of Pub. Health Dent.*, vol. 60, nº 4, p. 276-281, fall. 2000.
- KLOENDEN P. E.; ROSSLER, R; ROSSLER, O.E. Does a centralized clock for ageing exist? In: WERNER, C. W. et. al. Odontologia Geriátrica. *Rev. Fac. de Odontol. F. O. L*, vol.11, nº 1, p. 62-69, jan-jun. 1998.

LaROCCA, C. D.; JAHNIGEN, D.W. Medical history and risk assessment. *Dent. Clin. North Am.*, vol.41, nº 4, p. 669-679, october. 1997.

LEBEL, J. O. Health needs of the elderly. *Dental Clinics of North America*, vol. 33, nº 1, p. 1-5, jan. 1989.

LEE et al. Today's dental student is training for tomorrow's elderly baby boomer. *Spec Care Dentist.*, vol. 21, nº 3, p. 95-97, may-jun. 2001.

LIMA, C. L. *Durante a ANEO foram aprovadas mais cinco especialidades.* Disponível em www.ortocamp.com.br/ortopedia_especialidade. Acesso em 29/01/2006.

LIMA-COSTA, M. F., BARRETO, S. M., GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: Um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD 98). *Cadernos de Saúde Pública*. R.J., vol. 19, nº 3, p. 735-43, mar-jun. 2003.

LINDQUIST, T. J., ETTINGER, R. L. As complexidades que envolvem o tratamento de um paciente idoso. *JADA*, vol. 6, nº 4, p. 218-225, may. 2003.

LISBOA, S. M. Profilaxia bacteriana - esclarecendo dúvidas sobre afecções cardiovasculares. Farmacoterapia. Temas de interesse em odontologia. *Rev. Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais*. Belo Horizonte, p. 25-27, outubro. 2004.

LUCAS, D.S. Formação profissional de CDs egressos de dois cursos superiores com orientações distintas. Belo Horizonte: Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais. 1995. (Dissertação, Mestrado).

MacENTEE, M. I. Measuring the impact of oral health in old age: a qualitative reaction to some quantitative views. *Gerontology*, vol. 13, nº 5, p. 76-81. 1996.

MacENTEE, M.I.; HOLE, R.; STOLAR, E. The significance of the mouth in old age. *Social Science and Medicine*, vol.45, nº 9, p.1449-1458. 1997.

- MACHADO, J. C. B. Principais desordens neuropsiquiátricas relacionadas com o envelhecimento. In: CAMPOSTRINI, E (org.). *Odontogeriatrics*. Rio de Janeiro: Revinter, p. 97-98. 2004.
- MACIEL, A. *Avaliação Multidisciplinar do Paciente Geriátrico*. Rio de Janeiro: Revinter. 258p. 2002.
- MANDERSON, R. D.; ETTINGER, R. L. Dental status of the institutionalized elderly population of Edinburg. *Community Dentistry and Oral Epidemiol.*, vol. 3, p. 100-107. 1975.
- MARCHINI, L.; BRUNETTI, R.F.; MONTENEGRO, F. L. B. Acompanhamento Odontológico em centros geriátricos. *Rev. atualidades em geriatria*, vol. 4, nº 24, p. 34-36, set. 1999.
- MARCONI, M. A., LAKATOS, E. M. *Técnicas de Pesquisa*. 2ª ed. São Paulo: Atlas. 231p. 1990.
- MARINO, R. La salud bucodental de los ancianos: realidad, mitos y posibilidades. *Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, vol. 166, nº 5, p. 419-426. 1994.
- MARIOTTI, A. J.; HEFT, M. W. Farmacologia geriátrica. In: YAGIELA, J.A.; NEIDLE, E. A.; DOWD, F. J. *Farmacologia e terapêutica para dentistas*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 642-648. 2000.
- MARTINS, E. M. Educação em saúde bucal: os desafios de uma prática. *Cad. Odont.*, vol. 1, nº 2, p. 30-40. 1998.
- McGRATH, C.; BEDI, R. Can dentures improve the quality of life of those who have experienced considerable tooth loss?. *J. of Dent.*, vol.29, nº 4, p. 243-246, may. 2001.
- MELLO, A. L. S. F.; CARCERERI, D. L.; AMANTE, C. J. Odontogeriatrics: Perfil das condições de saúde buco-dental de um grupo de pacientes idosos, em Florianópolis, SC. *Alcance (odontologia)*, Itajaí: Ano V, nº 4, p. 33-37, dez. 1998.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA, C. E.A.J. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.19-26. 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Saúde bucal. Projeto SB Brasil 2003. *Condições de saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003. Resultados Principais*. Brasília. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Saúde Bucal. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, Zona Urbana, 1986*. Brasília. 1988.

MIYASAKI, H. et. al. Oral health conditions and denture treatment needs in institutionalized elderly people in Japan. *Gerodontics*. p.297-301, jan. 1992.

MOYSÉS, S. J. A humanização da educação em odontologia. *Pro-posições*, vol. 14, nº 1 (40), jan-abr. 2003.

MONTENEGRO, F. L. B.; BRUNETTI, R. F. Prótese dentária na 3ª idade. *Anais do 1 encontro interdisciplinar de odontologia em gerontologia*. Grupo de estudos de odontologia em gerontologia. APCD São Paulo: Ed. Casa do Novo Autor, p. 70-77. 1999.

MOREIRA, R. S. et. al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cadernos saúde pública*. Rio de Janeiro. vol. 21, nº 6, p. 1665-1675, nov/dec. 2005.

MOSEGUI, G. B. G. et. al. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. *Rev. de Saúde Pública*, vol.33, nº 5, p. 437-444. 1999.

NATIONAL INSTITUTE ON AGING: *Personnel for health needs of the elderly through year 2020. Report to Congress*. Washington, DC, US Government Printing Office, p. 1, 14. 1987.

NERI, A. L. *Envelhecer num País de jovens: significado de velho e velhice segundo Brasileiros não idosos*. Campinas. SP:Ed. Unicamp. 155p. 1991.

- NETO J. T. Especial melhor idade. In: JARDIM, L. et. al. *Revista Veja*, nº 1920, p. 28-29, 31 de agosto. 2005
- NEWTON, C. W. Endodontia geriátrica. In: COHEN, S. M. A.; BURNS, R. C. *Caminhos da polpa*. . 6ª ed. RJ :Ed. Guanabara koogan, p. 673-690. 1997.
- OPPENHEIM, A. N. *Questionnaire design and attitude measurement*. London: Heinemann. 298p. 1966.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *Grupo científico sobre la Epidemiologia del envejecimiento*, Genebra, Informe. 1983.
- OURIQUE, S. A Odontologia e a terceira idade. *JAO*, ano III, nº 18, p. 29-30. 2000.
- OWALL B; KAYSER A F; CARLSSON G. *Prótese dentária: princípios e condutas estratégicas*. Artes Médicas, p. 81. 1997.
- PADILHA, D. M. P. *A saúde bucal de pacientes idosos: Aspectos clínicos de um grupo de idosos ingleses e clínicos-radiográficos de um grupo de idosos brasileiros*. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 1997. (Tese, Doutorado).
- PADILHA, D. M. P. Odontogeriatría prolongando o caminho para a vida. *Rev. ABO NAC.*, vol. IV, nº 4, p. 206-211, ago-set. 1996.
- PADILHA, D. M. P. et. al. Odontogeriatría: em busca de novas definições. *Rev. da Assoc. de Odont. Saúde Colet.* Brasília: Ano I, vol. 1, nº 3, p. 24-26, jul-set. 1998a.
- PADILHA, D. M. P. et. al. Odontogeriatría na Universidade: para não perder tempo. *Rev. da Fac. Odontol.* Porto Alegre, vol. 39, nº 1, p.14-16, jul. 1998b.
- PAIXÃO, H. H. *A Odontologia sob o capital: O mercado de trabalho e a formação universitária profissional do Cirurgião-dentista*. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da UFMG, 1979. (Dissertação, Mestrado).

- PAPÁLEO NETTO, M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu. 524p. 1999.
- PAUNOVICH, E. D.; SADOWSKY, J.M.; CARTER, P. The most frequently prescribed medications in the elderly and their impact on dental treatment. *Dental Clinics North America*, vol. 41, nº 4, p. 699-726, oct. 1997.
- PYLE, M.; FADDOL, F.F.; TEREZHALMY, G. T. Clinical Implications of drugs taken by our patients. *Dental clinics of North América*. Chicago, vol.37, nº 1, p. 73-90, jan. 1993.
- PYLE, M.A.; NELSON, S.; SAWYER, D.R. Nursing assistants' opinions of oral health care provision. *Special care in dentistry*, vol.19, nº 3, p. 112-117. 1999.
- PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: teoria e prática*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 12, p. 279-306. 2002.
- PEREZ, C.; BRADY, L. *Principles and practice of radiation oncology*. 3^{ed.}, Philadelphia: Lippincoat edit. p.929, 985,1043-4, 2247-8. 1998.
- PETERSON, L. J. et. al. *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. 3º edição. Guanabara Koogan. 772p. 2000.
- PINTO, L. P. et al. O espectro da odontologia geriátrica. *RGO*, vol. 30, nº 4, p. 273-296. 1982.
- PINTO,V.G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: KRIEGER, L.(coord.). *Aboprev: promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes médicas, p. 27-42. 1997.
- PINTO, V. G. *A questão epidemiológica e a capacidade de resposta dos serviços de saúde bucal no Brasil*. Brasília: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1992 (Dissertação, Doutorado).
- PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. *Divisão dos distritos sanitários*. Disponível em: www.pbh.org.br. Acesso em 29/01/2006.

- PUCCA, Jr. G. A. A. Saúde Bucal do Idoso: aspectos sociais e preventivos. In Papáleo Netto, M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, p. 297-310. 1999.
- R & BHATTACHARYYA, J. G. *Statistics principles and methods*. New York: John Wiley & Sons. 578p. 1986.
- REYNOLDS, M. W. Education for geriatric oral health promotion. *SCD Special Care in Dentistry*, vol. 17, nº 1, p. 33-35. 1997.
- RIBEIRO, M. T. F. et al. Cuidados paliativos odontológicos em pacientes terminais. *Revista do CROMG*. Belo Horizonte, vol. 9, nº 1, p. 55-63, jan-fev-mar. 2003.
- ROCHA, L. C. et al. *Terapêutica clínica*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara koogan, p. 429-444. 2001.
- ROCHA, E.S.; MATTAR, D.D.S.; MARTINS, C.R. Lesões de mucosa bucal em idosos. *Rev. CROMG*. Belo Horizonte, vol. 8, nº 2, p. 134-143, abr-mai-jun. 2002.
- RODRIGUES, S. M. *Condição e percepção da saúde bucal em idosos hipertensos participantes do programa de saúde da família no Município de Governador Valadares-MG*. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, 2002. (Dissertação, Mestrado).
- ROSA, A. G. F.; CASTELLANOS, R. A.; PINTO G. V. Saúde Bucal na Terceira Idade: um diagnóstico epidemiológico. *RGO*. Porto Alegre, vol. 4, nº 2, p. 97-102, mar-abr. 1993.
- SAINTRAIN. *Odontogeriatría: situação atual e perspectivas do ensino nas Universidades Brasileiras*. Camaragibe: Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco, 2003. (Tese, Doutorado).
- SALIBA, C. A. et. al. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. *Revista da APCD*, vol. 53, nº 4, p. 279-282, jul-ago. 1999.

- SHEIHAM, A.; ETTINGER, R. L.; BECK, J. D. English dental students' attitudes towards the aged. *Gerodontics*, vol.2, p. 143-146. 1986.
- SHINKAI, R. S. A.; DEL BEL CURY, A. A. O papel da Odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, vol. 16, nº 4, p. 1099-1109, out-dez. 2000.
- SILVA, S. R. C.; FERNANDES, R. A C. Auto percepção das condições de saúde bucal por idosos. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, vol. 35, nº 4.. p. 349-355. 2001.
- SMITH, J. M.; SHEIHAM, A. Dental treatment needs and demands of an elderly population in England. *Community Dent. Oral Epidemiol*, London, nº 7, p. 360-364. 1980.
- SILVA, N. E. B.; PEREIRA, N. G.; GARCIA, Y. R. A instituição e o idoso: um estudo das características da instituição e do perfil de seus moradores. *Gerontologia*, vol. 6, nº 4, p.167-176. 1998.
- SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 7, nº 4. 2002.
- SOARES, A.F., et al. A população idosa no Brasil: Perspectivas e prioridades das políticas governamentais e comunitárias. *Seminário Nacional de Especialistas multidisciplinares em terceira idade*. Fundação João Pinheiro. Belo Horizonte. p. 157-197. 1992.
- STEELE, J. G. et al. Dental attitudes and behavior among a sample of dentate older adults from three English communities. *BR. Dent. J.*, vol.180, nº 4, p.131-136, febr.1996.
- STRAYER, M. S.; DIANGELIS, A. J.; LOUPE, M.J. Dentists knowledge of aging in relation to perceived elderly patient behavior. *Gerodontics*, vol.2, nº 6, p. 223-227, dec. 1986.
- TAN, R.; BURKE, F. J. T. Response rates to questionnaires mailed to dentists. A review of 77 publications. *Int dent. J*. London, vol.47, nº 6, p. 349-354, dec. 1997.

- TEN CATE, A.R. *Histologia Bucal: desenvolvimento, estrutura e função*. 5ª ed. Guanabara Koogan. p. 298-318. 2001.
- TIERNEY, L.M; MCPHEE, S.J.; PAPADAKIS, M.A. *Current Medical Diagnosis & Treatment*. 42nd. EUA: Lange. p. 946-1005. 2003.
- TIN, E. *Odontogeriatría: Imperativo no ensino odontológico diante do novo perfil demográfico brasileiro*. Campinas: Alínea, p. 56. 2001.
- TINOCO, E.M.B; TINOCO, N.M.B. D. Diagnóstico e prevenção das doenças periodontais. In: Buish, Y. p. *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. São Paulo: Ed. Artes médicas, vol. 22, p.119. 2000.
- TORRES, S.V.S. Saúde bucal: alterações fisiológicas e patológicas do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.828-837. 2002.
- TORRIANI, A.M. *O cirurgião-dentista, sua formação e sua prática no atendimento ao idoso portador de traumatismo Bucomaxilofacial*. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia da PUC-RS, 2000. (Dissertação, Mestrado).
- TZUKERT, A. A; LEVINER, E.; SELA, M. Prevention of infective endocarditis: not by antibiotics alone. A 7 year follow-up of 90 dental patients. *Oral Surg. Oral Med. Oral pathol.*,vol. 62, nº 4, p. 385-388, oct. 1986.
- VERAS, R. P. *País jovem com cabelos brancos. A saúde do idoso no Brasil*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Dumará, p. 28. 1994.
- VERNON, O. H. V. M. Multiple medication: problems of the elderly patient. *International Dental Journal*. Singapore, vol. 41, nº 6, p. 348-358, dec. 1991.
- VILAÇA, E. L. *O que falta aos Odontopediatras de Belo Horizonte para atender crianças e adolescentes portadores do vírus HIV/Aids: conhecimentos ou sentimentos?* Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da UFMG, 1999. (Dissertação, Mestrado).

WERNER, C. W. et. al. Odontologia Geriátrica. *Rev. Fac. de Odontol. F. O. L.*, vol. 11, nº 1, p. 62-69, jan-jun. 1998.

WOLF, S. M. R. O significado Psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. *Rev. da APCD*, vol. 52, nº 4, p. 307-316, jul-ago. 1998.

WOLK, R.L.; WOLK, R. B. Professional workers' attitudes toward the aged. *Journal of the American geriatrics society*, vol. 19, nº 7, p. 624-639. 1971.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Active ageing: a policy framework. Ageing and life course*. Geneva, p. 5-58. 2002.

YAGIELA, J.A.; NEIDLE, E. A.; DOWD, F. J. *Farmacologia e terapêutica para dentistas*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2000.

ZWETCHKENBAUM, S. R.; SHAY, K. Prosthodontic considerations for the older patient. *Dent. Clin. North Am.*, vol. 41, nº 4, p. 817-845, oct. 1997.

9. ANEXOS

9.1 ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Av. Antônio Carlos, 6.627 – Pampulha

Belo Horizonte MG – CEP 31270-901

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Entrevista

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa “**Conhecimento e atitudes dos cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte em relação ao idoso**”.

Declaro que fui informado que esta pesquisa tem por objetivos avaliar o conhecimento e as condutas dos cirurgiões-dentistas da cidade de Belo Horizonte em relação ao idoso e as suas atitudes em relação ao envelhecimento, e que os resultados poderão ser divulgados através de artigos em revistas científicas.

Estou ciente que o método utilizado será a gravação de entrevista, através de gravador portátil, e que após a transcrição da fita, a mesma será inutilizada.

Declaro, também, que me foi assegurado o direito à não-identificação e a confidencialidade das respostas e que, quando quiser, posso me recusar a continuar a participar do estudo.

Belo Horizonte, 2005.

Assinatura : _____

Carteira de Identidade: _____

Prof. Dr. Allyson Nogueira Moreira

Av. Antônio Carlos, 6.627 – Pampulha – Belo Horizonte MG – CEP 31270-901-
Telefone: (31) 3499-2440

Enia Salles Rocha - Mestranda

Av. Antônio Carlos, 6.627 – Pampulha – Belo Horizonte MG – CEP 31270-901
Telefone: (31) 3499-2440 (31) 3297-4951 (31) 3297-2137 (31) 99428190

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP

Av. Antônio Carlos, 6.627 – Pampulha – Belo Horizonte MG – CEP 31270-901
Telefone: (31) 3499-4592

9.2 ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
Mestrado em Odontologia
Área de concentração: Clínica Odontológica
ENTREVISTA

Para você o que é ser idoso?

Você tem idosos em sua família? (pai, mãe, irmãos, avós). Quantos?

Como você se relaciona com os idosos de sua família? (dificuldades, doenças, custos)

Alguém encontra-se em asilo?

Você se imagina idoso ou velho?

Como você se imagina idoso?

Quando você estiver na terceira idade como gostaria de ser chamado:
() Idoso () velho () ancião () experiente () maduro () sábio

9.3 ANEXO C

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
Mestrado em Odontologia
Área de concentração: Clínica Odontológica
QUESTIONÁRIO

1- Gênero:

1- Masculino 2- Feminino

2- Local de Graduação:

1- FOUFMG 2- PUCMG 3- FOITAUNA 4- OUTRA Qual?

3- Tempo de graduação:

1- até 5 anos 2- de 5 a 15 anos 3- acima de 15 anos

4- Na graduação, participou de algum curso ou disciplina de Odontogeriatría?

1- Sim 2- Não

5- E após a graduação?

1- Sim 2- Não

6-Caso tenha alguma especialidade, marque-a com um X:

1- <input type="checkbox"/> Periodontia	11- <input type="checkbox"/> Implantodontia
2- <input type="checkbox"/> Prótese Dentária	12- <input type="checkbox"/> Odontogeriatría
3- <input type="checkbox"/> Dentística	13- <input type="checkbox"/> Pacientes com Necessidades Especiais
4- <input type="checkbox"/> Disfunção Temporomandibular	14- <input type="checkbox"/> Patologia Bucal
5- <input type="checkbox"/> Endodontia	15- <input type="checkbox"/> Saúde Coletiva
6- <input type="checkbox"/> Estomatologia	16- <input type="checkbox"/> Odontopediatría
7- <input type="checkbox"/> Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial	17- <input type="checkbox"/> Odontologia Legal
8- <input type="checkbox"/> Odontologia do Trabalho	18- <input type="checkbox"/> Ortodontia
9- <input type="checkbox"/> Ortodontia e Ortopedia Facial	19- <input type="checkbox"/> Ortopedia Funcional dos Maxilares
10- <input type="checkbox"/> Radiologia	

7-Assinale a(s) modalidade(s) de serviço em que atua

1- Particular 2- Público

8- Assinale o(s) local (is) onde trabalha em Belo Horizonte:

1- <input type="checkbox"/> zona centro- sul	2- <input type="checkbox"/> zona leste	3- <input type="checkbox"/> zona norte	4- <input type="checkbox"/> zona nordeste
5- <input type="checkbox"/> Venda Nova	6- <input type="checkbox"/> zona oeste	7- <input type="checkbox"/> Barreiro	8- <input type="checkbox"/> Pampulha

9- A partir de que idade você considera que uma pessoa é idosa?

1- <input type="checkbox"/> 40 anos	2- <input type="checkbox"/> 50 anos	3- <input type="checkbox"/> 60 anos	4- <input type="checkbox"/> 70 anos	5- <input type="checkbox"/> 80 anos
6- <input type="checkbox"/> acima de 90 anos				

10- Quantos pacientes idosos você atende em média por semana?

1- 1 a 5 2- 6 a 10 3- mais de 10 4- nenhum

11- Aponte o principal motivo pelo qual você atende pacientes idosos

1- <input type="checkbox"/> gosta de pessoas idosas	2- <input type="checkbox"/> acha mais fácil	3- <input type="checkbox"/> indicação de colegas	4- <input type="checkbox"/> tem sido procurado com mais frequência por pessoas idosas
5- <input type="checkbox"/> no seu trabalho é o único que gosta de atender pacientes idosos	6- <input type="checkbox"/> sua especialidade está relacionada à geriatria	7- <input type="checkbox"/> se me procura	8- <input type="checkbox"/> não sabe dizer

12- Qual o fator você considera como complicador para o atendimento de pessoas idosas? Escolha apenas uma opção:

1- <input type="checkbox"/> a freqüente falta às consultas	2- <input type="checkbox"/> a dificuldade de comunicação com estes pacientes	3- <input type="checkbox"/> os problemas sistêmicos que as pessoas idosas podem apresentar	4- <input type="checkbox"/> os problemas cognitivos que as pessoas idosas podem apresentar
5- <input type="checkbox"/> a falta de um familiar para acompanhar a pessoa idosa	6- <input type="checkbox"/> as consultas são mais demoradas	7- <input type="checkbox"/> a complexidade das necessidades odontológicas	8- <input type="checkbox"/> outro. Qual?

13- Qual(is) procedimento(s) realiza em média com mais freqüência em pacientes idosos?

1- <input type="checkbox"/> próteses removíveis	2- <input type="checkbox"/> exodontias	3- <input type="checkbox"/> dentística	4- <input type="checkbox"/> periodontia	5- <input type="checkbox"/> endodontia
6- <input type="checkbox"/> prevenção	7- <input type="checkbox"/> implantes	8- <input type="checkbox"/> prótese fixa	9- <input type="checkbox"/> outro	

14- Possui pacientes idosos em manutenção preventiva?

1- Sim 2- Não

15- Caso positivo, qual o intervalo médio da manutenção?

1- mensal 2- bimestral 3- trimestral 4- semestral 5- anual

16- Você já atendeu pacientes idosos em domicílio, asilos ou hospitais?

1- Sim 2- Não

17- O paciente idoso que vai ao seu consultório precisa de um acompanhante?

1- Sim 2- Não

18- Em qual(is) situação(ões) você consulta o médico do paciente idoso antes de realizar o planejamento do tratamento odontológico para ele?

1- sempre 2- na presença de alterações sistêmicas 3- quando usa medicamentos 4- quando apresenta algum problema cognitivo

19- A seguir apresentamos um caso clínico hipotético para você responder utilizando uma escala:

Paciente do sexo masculino, 70 anos, viúvo, mora com a filha que agendou uma primeira consulta para ele em seu consultório. Há quatro anos este indivíduo teve um AVC (acidente vascular cerebral) isquêmico, deixando as seguintes seqüelas: dificuldade de pronunciar as palavras, incapacidade para se locomover (veio ao seu consultório com cadeira de rodas) e tem uma paralisia no lado direito (mãos, pernas e braços). As medicações prescritas pelo seu médico são: Marevan 5mg e Tryptanol 75 mg.

Ao exame clínico extra-oral, apresenta paralisia facial e queilite angular. No exame intra-oral apresenta baixa qualidade na higiene oral, presença de prótese total superior, prótese parcial removível inferior e os elementos dentários 34 ao 44. Todos os dentes presentes estão restaurados, com restaurações satisfatórias. A prótese inferior apresenta fraturada na região do grampo de retenção no dente 44. A prótese superior encontra-se sem estabilidade e com desgastes nos dentes. No exame periodontal, à sondagem observa-se bolsa rasa (4mm) em todos os dentes, com moderada gengivite marginal. Ao realizar o teste do fluxo salivar, você constatou que o paciente apresenta um baixo fluxo, apesar do paciente não se queixar de ter a “boca seca”. No exame radiográfico, observa-se lesão apical nos dentes 31 e 41. O paciente não se queixa de dor ou desconforto.

Afirmativas	A	B	C	D	E
	Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Estou indeciso/ não sei	Discordo parcialmente	Discordo inteiramente
Todos pacientes idosos devem avaliados pelo médico antes de realizarem o tratamento odontológico					
Os idosos com Acidente Vascular Cerebral devem ter um rigoroso controle odontológico com manutenções trimestrais.					
Os idosos com Acidente Vascular Cerebral devem receber orientações para os cuidados caseiros de Higiene bucal específicos para sua debilidade.					
A todos os idosos com Acidente Vascular Cerebral deverão ser prescritos clorexidina e flúor.					
Para o caso descrito o paciente deverá receber um substituto de saliva.					
Para o caso descrito deve ser realizado um tratamento cirúrgico-periodontal para a eliminação de bolsas.					
Para o caso descrito deve ser realizado o tratamento endodôntico dos dentes 31 e 41.					
Para este paciente deve-se substituir as próteses por uma prótese total superior e uma prótese parcial removível inferior					
Para este paciente são indicadas duas próteses totais					
No caso descrito não deve ser realizado nenhum tratamento					
Para os pacientes idosos é necessário realizar a profilaxia com antibiótico antes de procedimentos odontológicos que causam sangramento					

	A	B	C	D	E
Afirmativas	Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Estou indeciso/ não sei	Discordo parcialmente	Discordo inteiramente
O idoso é uma pessoa acima de 60 anos com experiência de vida.					
O idoso é uma pessoa acima de 60 anos com debilidade e carência.					
Hoje em dia os idosos são independentes, e moram sozinhos em suas casas.					
Os idosos precisam de alguém que os acompanhe às visitas a médicos, dentistas e hospitais.					
Os idosos que moram em asilos são aqueles que não conseguem mais viver sozinhos.					
É muito difícil imaginar-me velho.					
Eu prefiro ser chamado de pessoa experiente a velho quando estiver na terceira idade.					
Quando eu for velho quero ter minha independência financeira.					
Quando eu for velho não quero que ninguém cuide de mim.					
Quando eu for velho, se tiver alguma debilidade e não puder morar sozinho, vou viver em um asilo.					
Quando eu for velho, vou fazer tudo o que tenho direito e que não pude fazer durante minha vida.					
Quando eu for velho, quero ficar no meu canto, esperando a minha hora chegar.					

9.4 ANEXO D

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Carta de Apresentação

Sou aluna do curso de mestrado em Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia da UFMG, e estou desenvolvendo uma pesquisa para avaliar o conhecimento e a atitude dos cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte que atendem pacientes idosos. Se você aceitar participar, gostaria que respondesse ao questionário que estou deixando em seu consultório. Esse questionário será recolhido num prazo de uma semana, juntamente com uma das vias do termo de consentimento assinada por você. A sua participação respondendo ao questionário e devolvendo-o preenchido é muito importante. 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 a respeito desse trabalho, pode entrar em contato com o professor Allyson Nogueira Moreira, orientador desse trabalho e professora Cláudia Silami de Magalhães, co-orientadora, pelo telefone 31-3422-5644; ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG pelo telefone (031) 3499-4592 no endereço Av. Antônio Carlos, 6627 - 7º andar, sala 7018 (Prédio da Reitoria), Pampulha, Belo Horizonte.

Espero contar com seu apoio e desde já agradeço a sua colaboração. Coloque-me à disposição para quaisquer outros esclarecimentos.

Enia Salles Rocha

Fones: 3 297-4951/ 9942 8190

Por esse instrumento, eu _____, CI nº _____, cirurgião(ã)-dentista inscrito(a) no CROMG concordo em colaborar com a pesquisa "CONHECIMENTO E ATITUDES DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DE BELO HORIZONTE EM RELAÇÃO AO IDOSO", respondendo ao questionário recebido. Declaro que fui informado(a) que essa pesquisa tem por objetivo avaliar o conhecimento e atitudes dos Cirurgiões-dentistas da cidade de Belo Horizonte em relação ao idoso. Declaro que estou ciente de que as informações serão obtidas para a realização do trabalho e para posterior publicação de seus resultados em artigos de revistas científicas. Declaro ainda que me foi assegurado o direito à não identificação e a confiabilidade das respostas e que, quando quiser, posso me recusar a participar sem nenhum prejuízo.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2005.

Assinatura do participante

9.5 ANEXO E