

JOÃO BATISTA DE FREITAS

**ALTERAÇÕES DA MUCOSA BUCAL EM IDOSOS
USUÁRIOS E NÃO USUÁRIOS DE PRÓTESE TOTAL
REMOVÍVEL EM DUAS COMUNIDADES RURAIS DE
MINAS GERAIS**

Universidade Federal de Minas Gerais

Faculdade de Odontologia

Belo Horizonte

2004

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
MESTRADO EM ODONTOLOGIA

**ALTERAÇÕES DA MUCOSA BUCAL EM IDOSOS
USUÁRIOS E NÃO USUÁRIOS DE PRÓTESE TOTAL
REMOVÍVEL EM DUAS COMUNIDADES RURAIS DE
MINAS GERAIS**

JOÃO BATISTA DE FREITAS

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Odontologia.

Área de concentração: Estomatologia

Orientadora: Prof^a Dr^a Efigênia Ferreira e Ferreira

Co-Orientador: Prof. Dr. Ricardo Santiago Gomez

Belo Horizonte

2004

Ao meu pai, Raul,
pelos exemplos de humildade, simplicidade e que
muita falta me faz.

À minha esposa, Louise,
amiga e companheira, amada, alicerce e leme de
minha vida.

Aos meus filhos, Thiago, Felipe e Isabel,
razões do meu viver.

AGRADECIMENTOS

A Deus,

pelo dom da vida e oportunidade de realizar este trabalho.

À Profª Drª Efigênia Ferreira e Ferreira,

pelos exemplos de responsabilidade, dedicação, simplicidade, grandeza de espírito, amor à profissão, orientação segura e científica, na elaboração desta dissertação.

Ao Prof. Dr. Ricardo Santiago Gomes,

pelo apoio, amizade, incentivo, orientação e disponibilidade de seus imensuráveis conhecimentos na área de Estomatologia.

À Colega Lourdes Prado,

pela incansável prestatividade e colaboração em meus trabalhos de campo no município de Cláudio.

À Colega Maria Cláudia Viana Silveira Machado,

por sua preciosa colaboração na pesquisa no município de Oliveira.

SUMÁRIO

	Página
1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	18
2.1 Dados sócio-demográficos	18
2.2 O envelhecimento e a saúde bucal.....	21
2.3 O envelhecimento e suas conseqüências na boca.....	23
2.4 As lesões de mucosa e a prótese total removível.....	26
3 OBJETIVOS.....	37
3.1 Geral.....	37
3.2 Específicos	37
4 METODOLOGIA.....	38
4.1 Universo e amostra	38
4.2 Cálculo amostral	38
4.3 O acesso aos municípios.....	41
4.4 O exame clínico	41
4.5 Análise dos dados.....	43
4.6 Questões éticas	43
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
5.1 Caracterização da população estudada	44
5.2 Lesões de mucosa	50
5.3 Avaliação das PTR: tempo de uso, integridade e higienização.....	60
5.4 Lesões na mucosa e o uso da PTR	65

6 CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS.....	74
Anexo I	75
Anexo II	76
Anexo III	79

LISTA DE FIGURAS

	Página
FIGURA 1	80
Prótese total superior com presença de câmara de sucção	
FIGURA 2	80
Hiperplasia fibrosa decorrente de câmara de sucção associada à candidíase	
FIGURA 3	81
Hiperplasia fibrosa decorrente de PTR mal adaptada e fraturada	
FIGURA 4	82
Higienização insuficiente de PTR superior	
FIGURA 5	82
Hiperplasia papilar inflamatória associada à candidíase eritematosa em função da higienização insuficiente da PTR	
FIGURA 6	83
Queilite angular em decorrência de alterações na integridade da PTR	
FIGURA 7	84
Alterações na integridade da PTR: Fratura – dentes desgastados	

LISTA DE GRÁFICOS

	Página
GRÁFICO 1	44
Distribuição dos idosos por idade, em percentual comunidade rural em Minas Gerais, 2002	
GRÁFICO 2	45
Distribuição dos idosos por gênero, em percentual comunidade rural em Minas Gerais, 2002	
GRÁFICO 3	51
Percentual de normalidade observada na mucosa bucal, por local examinado, em comunidade rural em Minas Gerais, 2002	
GRÁFICO 4	61
Distribuição dos idosos usuários de prótese, segundo o tempo de uso, em percentual, comunidade rural em Minas Gerais, 2002	
GRÁFICO 5	62
Distribuição dos idosos usuários da PTR segundo o tempo de uso da atual PTR, em percentual, comunidade rural em Minas Gerais, 2002	

LISTA DE TABELAS

Página

TABELA 1	40
Distribuição da população a ser examinada, para composição da amostra	
TABELA 2	41
Total da amostra calculada	
TABELA 3	46
Distribuição dos idosos de acordo com a ocupação, em percentual, comunidade rural em Minas Gerais, 2002	
TABELA 4	47
Etilismo e tabagismo entre idosos, em percentual, comunidade rural em Minas Gerais, 2002	
TABELA 5	48
Distribuição das doenças relatadas entre idosos em percentual, comunidade rural em Minas Gerais, 2002	
TABELA 6	52
Distribuição das alterações da mucosa bucal mais freqüentes em cada localização, observadas entre idosos, em percentual, comunidade rural em Minas Gerais, 2002	

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CBO	Classificação Brasileira de Ocupações.
CCH	Candidíase Crônica Hiperplásica
GR 1	Grupo 1.
GR 2	Grupo 2.
GRF	Gráfico.
HFI	Hiperplasia Fibro Epitelial Inflamatória.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
PTR	Prótese Total Removível.
PUC-MG	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
SUS	Sistema Único de Saúde.
TAB	Tabela.
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO

Com o presente trabalho, aprovado pelo Comitê de Ética – UFMG, avaliou-se a prevalência de lesões da mucosa bucal, relacionadas ao uso da prótese total removível (PTR), em 344 pacientes não institucionalizados, residentes em meio rural, com 60 anos de idade ou mais. Foram examinados 146 idosos usuários de prótese total e 198 não usuários, independentemente das condições bucais. Os exames foram feitos em postos de saúde ou residências, na zona rural de dois municípios de Minas Gerais: Morro do Ferro e Monsenhor João Alexandre. Foram seguidas as normas de biossegurança, e todos os pacientes foram encaminhados/orientados, segundo a necessidade apresentada. Além do uso da PTR, a análise considerou também o tempo de uso, a integridade e o grau de higienização. As lesões mais freqüentemente relacionadas ao uso da prótese foram a candidíase eritematosa (64,1%), a hiperplasia fibrosa (19,2%) e a queilite angular (12,1%). Quanto ao tempo de uso da PTR observou-se que 50% dos indivíduos usavam por um período de 21 a 40 anos. Para a integridade da prótese, dos 146 usuários, 76 idosos tinham comprometimento das mesmas, principalmente através de dentes ausentes, quebrados e desgastados. O fator higienização foi muito relevante, porque 120 pacientes apresentaram a limpeza insuficiente de suas próteses. A maioria por não saber da necessidade e de como realizar a higienização. Essas condições determinam que os portadores de PTR devem fazer visitas periódicas ao cirurgião dentista, a fim de avaliar a integridade da mesma e da mucosa bucal, considerando, ainda, que a orientação de uso é fundamental para a preservação da mesma.

ABSTRACT

With ethical approval from the Federal University of Minas Gerais, (Comitê de Ética – UFMG), the prevalence of buccal mucosa lesions was related to the use of removable full dentures among 344 non-institutionalized patients living in a semi-rural area who were 60 years of age or older. The sample included 146 elderly who used complete dentures and 198 who did not, independent of their oral status. The examinations were undertaken at health centres or at home, in two rural municipalities of Minas Gerais, Brazil (Morro do Ferro and Monsenhor João Alexandre). Cross infection protocol was followed and all the participants were either referred or given advice according to the resulting diagnosis. In addition to the presence of removable full dentures data was collected concerning their integrity, cleanliness and length of time since first prescribed. The lesion most commonly related to the use of a prosthesis was candida erythematosis (64.1%), followed by fibrous hyperplasia (19.2%) and angular cheilitis (12.1%). It was observed that 50% of individuals using complete dentures had used them for a period between 21 and 40 years. Of the 146 denture users, 76 were found to be damaged, principally because of missing, broken and worn teeth. The hygienic conditions of the dentures were found to be relevant since 120 individuals presented with dentures which were insufficiently clean. The majority through insufficient knowledge of the techniques or of the need for hygiene. These results show that those who use full dentures should periodically visit the dentist to evaluate the integrity of the prosthesis and for an examination of the buccal mucosa as well as oral hygiene instruction.

*"A superioridade do ser humano termina
quando acaba sua humildade."*

(Autor desconhecido)

1 INTRODUÇÃO

É evidente que o número de idosos, considerados acima de 60 anos, tem aumentado, consideravelmente, em vários países do mundo. Proporcionalmente comparada a outras faixas etárias, a terceira idade faz parte da população que mais cresce, nos dias de hoje. Essa transição demográfica, em idosos é influenciada por medidas de prevenção, praticadas para manter a saúde física e mental, e pelo grande avanço tecnológico e científico das áreas de saúde, possibilitando rapidez no diagnóstico e tratamento.

Dessa maneira a humanidade deve preparar-se para receber o idoso, propiciando-lhe um bem estar social, psicológico, médico e odontológico.

Acredita-se que o envelhecimento não seja somente um processo biológico, um processo patológico, ou um processo sócio econômico cultural, ou psicossocial, cada um, isoladamente. As conseqüências do avançar da idade surgem em função de todos esses parâmetros em conjunto.

É importante que estejamos cientes das alterações fisiológicas e patológicas que ocorrem com o envelhecimento, para podermos lidar com esta grande massa de idosos que cresce a cada ano que passa. Consciente dessa situação, CHAIMOWICZ (1998) relata que o envelhecimento deveria ter suas bases fisiológicas melhor conhecidas, por se tratar de um processo comum a, praticamente, todos os seres vivos. Através de pesquisas realizadas nas últimas décadas, cientistas de diferentes áreas modificaram conceitualmente o envelhecimento, devido às necessidades originadas por um grande aumento da população de gerontes. Não há apenas maior interesse em conhecer o

envelhecimento, mas também, e principalmente, a exigência de uma rápida e ampla compreensão em todas as suas nuances orgânicas, psíquicas, e sociais.

Na Odontologia, percebe-se grande preocupação em manter a saúde bucal desses pacientes idosos, que sofrem influências de uma série de fatores, tornando-os suscetíveis a diversas alterações patológicas nos tecidos bucais. O tabagismo, o etilismo, a perda dentária, o uso dos diversos tipos de próteses, uso de medicamentos, além do avançar da idade, são elementos relacionados com o surgimento de lesões e/ou alterações nos tecidos bucais.

A perda significativa de dentes precocemente, ainda prevalente em nosso meio, conduz esta população a uma grande necessidade de Prótese Total Removível (PTR). A PTR permanece em contato direto com a mucosa bucal, proporcionando condições mais favoráveis para o surgimento de lesões. Essas podem ser agravadas pela falta de informação sobre o uso e manutenção das PTRs, especialmente no que diz respeito a visitas periódicas ao dentista para um exame clínico dos tecidos bucais, e avaliação da integridade da dentadura. Partindo da preocupação em manter essa saúde bucal, surgiu a Odontologia Geriátrica ou Gerontologia.

Os objetivos dessa especialidade não foram uniformes, nos seus momentos iniciais. Segundo PADILHA & SOUZA (1998), a Odontologia Geriátrica era uma especialidade confundida com a Prótese, pela grande demanda já relatada, de tratamento protético reabilitador entre os idosos. A abordagem odontogeriatrica é mais complexa na sua essência.

A odontogeriatrica não pode ser considerada uma mera transposição mecânica do paciente jovem para o idoso, em metodologias ou abordagens. Odontogeriatrica é um conceito, um corpo aglutinador de filosofias

de tratamento que deve levar em conta condições físicas e psicológicas, particulares do indivíduo idoso, que se concentra nos estudos dos fenômenos do envelhecimento da boca em pacientes mais velhos.

Em um país em desenvolvimento como o Brasil, onde se vê uma considerável discrepância social, é grande o número de idosos que apresentam a condição de desdentado total. MELLO JORGE et al. (2001) afirmam que, desse número, uma boa parte necessita de PTR, e a outra grande parte já faz uso desta prótese. Essa situação demonstra ausência de uma política adequada para a saúde bucal, sendo mais evidente nas regiões menos desenvolvidas, principalmente na população que habita o meio rural.

Uma das causas mais importantes para a crise social em que vivemos hoje é a desigualdade socioeconômica, que é consequência da distribuição desigual de bens e serviços entre os grupos sociais. Essa afirmativa é apresentada por DUARTE & SCHNEIDER, (2002), onde, juntamente com KUNST & MACKENBACH (1994), MACKENBACH & KUNST (1970), fazem uma complementação da mesma, dizendo que a saúde – ou os processos saúde/doença e seus determinantes – podem também ser desigualmente distribuídos nas populações. Desigualdade em saúde é, então, um termo genérico, e se refere às diferenças nos níveis de saúde dos grupos socioeconômicos distintos em sentido descritivo. As classes sociais menos favorecidas agravam a desigualdade social, na saúde, em função de determinantes demográficos e ambientais, localização geográfica, nível cultural, acesso aos bens e serviços de saúde e às políticas sociais.

Diante dessa situação propomo-nos, no presente trabalho, avaliar a presença de lesões de mucosa, relacionadas ao uso da PTR em pacientes com

60 anos de idade, ou mais. Foi interesse nosso fazer esta avaliação em indivíduos que residiam no meio rural, onde encontramos uma população representativa da desigualdade social da saúde, buscando, assim, resultados compatíveis com uma grande parte da população brasileira.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo serão abordados temas relacionados à vida e à saúde da população idosa. Inicialmente, serão apresentados dados sócio-demográficos e a situação da saúde dos idosos. Em seguida, serão feitas considerações sobre o envelhecimento e suas conseqüências na boca, as lesões de mucosa e sua relação ao uso da PTR.

2.1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Observa-se o aumento da população de idosos, inicialmente dentro das próprias famílias, em instituições de velhos, e aí se extrapola para o cenário mundial. Através dessas observações e informações de institutos de pesquisa, obtém-se o montante desta população, projetando, inclusive, o seu crescimento para o futuro. Sendo assim, COMARK (1997) afirmou que, por volta de 2035, uma, em cada quatro pessoas, terá mais de 60 anos, promovendo um grande aumento na população de idosos no mundo.

Segundo o Instituto de Geografia e Estatística (IBGE, 1997), até os anos 80, a estrutura etária brasileira mostrava evidência de ser uma população predominantemente jovem, em conseqüência dos altos níveis de fecundidade. Porém, segundo MELLO JORGE et al. (2001), com a diminuição da fecundidade e a redução da mortalidade dos muitos jovens, a população vem envelhecendo, paulatinamente.

De acordo com dados do IBGE (1988, 1999), em 1960, a faixa de 60 anos era responsável por 4,9% do total da população brasileira; em 1970, por 5,3%; em 1980, por 6,5%, e, em 1999, atingiu 8,7%, uma das maiores do mundo, em números absolutos.

Foi grande a preocupação com o aumento de idosos no Brasil, no final da década de 90. Em 1988, ETTINGER et al. afirmaram que os maiores de 60 anos – marco etário da terceira idade nos países em desenvolvimento – já somavam 13,5 milhões no Brasil, o que corresponde a 8,65% da população.

Interessante também foi o trabalho de KALACHE, em 1998, através do qual ele prevê que, em 2020, o Brasil terá a sexta população mundial de idosos, 33 milhões de pessoas, atingindo 14% da população total, com predomínio de mulheres idosas, como resultado de maiores taxas de mortalidade entre os homens, em praticamente todas as faixas etárias.

Segundo ETTINGER et al. (1988), outros 650 mil atingem essa marca a cada 12 meses, e, no ano de 2050, a população brasileira terá 65 milhões de idosos, cerca de 24% da população prevista.

A expectativa de vida da população é influenciada por algumas características sociais. VETTER & SIMÕES (1992) afirmam que a relação entre as condições de saneamento das áreas habitadas e os níveis de saúde das populações, são características de grande valor. Diante dessa associação, MELLO JORGE (2001) relata que a Organização das Nações Unidas (ONU) chamou o período 1981 a 1990 de "década da água potável e do saneamento básico", recomendando que todos os esforços fossem envidados, a fim de que esses itens estivessem cada vez mais presentes na vida das populações. Foi somente em 1998 que o Brasil alcançou o índice de 98% de água potável e 74%

de rede de esgoto, nos domicílios da zona urbana. As regiões norte e nordeste eram detentoras de menor ligação de água e esgoto, até então.

Para argumentar sobre a saúde do idoso, MELLO JORGE (2001) apresenta dados sobre as causas mais evidentes de óbitos no Brasil. As doenças do aparelho circulatório vêm correspondendo a mais de 40% das mortes, na faixa de 60 a 69 anos de idade, e quase a metade dos óbitos do grupo de 80 anos de idade e mais. Em seguida, as neoplasias representam a segunda causa de morte neste grupo etário, sendo que preponderam os cânceres de pulmão e estômago, sendo ainda importante, no homem, os tumores de próstata, em ascensão. No sexo feminino, sobressaem também os tumores de mama. As doenças do aparelho respiratório constituem-se no terceiro grupo de causas, com grande frequência de broncopneumonias e pneumonias. As doenças infecciosas e parasitárias têm também grande evidência nesta idade, especificamente nas regiões norte e nordeste.

Para SIMÕES (2001), durante a década de 90, foram relevantes as transformações que ocorreram nos padrões de saúde da população brasileira. A esperança de vida ao nascer, no Brasil já acumulava aumento, passando de 41,5 anos para 68 anos em 2000, com um ganho de 23,7 anos. O IBGE publicou que, em 2003, a expectativa de vida no Brasil passou a ser 70 anos, com um ganho de 13% em relação a década de 80. Assim, MELLO JORGE et al. (2001) relatam que, quanto à distribuição dessa população nas regiões brasileiras, verifica-se que as proporções femininas são mais elevadas. Essa concentração de pessoas idosas se dá, principalmente, nas regiões mais desenvolvidas, em função de uma maior assistência social.

2.2 O ENVELHECIMENTO E A SAÚDE BUCAL

Como já comentado anteriormente, a Odontologia deve se preparar para melhor conhecer as alterações bucais que ocorrem no paciente idoso. Devido a vários fatores, o indivíduo torna-se sensível a diversas lesões patológicas que podem acometer os tecidos que compõem a boca. Estes tecidos alteram-se, degeneram com o envelhecimento, refletindo as alterações da idade, ou seja, o grau de envelhecimento. Essa afirmação de CHAIMOWICZ (1998) está correta, mas, para se conhecer melhor as alterações da mucosa bucal, estudos e pesquisas consistentes devem ser feitos.

ATCHINSON & DOLAN (1990) já se referiram à importância do conhecimento da saúde bucal de pacientes idosos e das alterações que acontecem, para a evolução da pesquisa científica e para a construção da base da odontogeriatrics.

Segundo BARNES & WALLS (1994), a imagem odontológica do idoso tem sido tradicionalmente associada, mesmo nos dias de hoje, a indivíduo edentado total e portador de PTR. Para PADILHA (1997), essa imagem do idoso edentado é confirmada pelas altas percentagens de edentulismo observadas entre pacientes idosos no mundo inteiro. Por outro lado, BARNES & WALLS (1994) discutem que a mudança tem sido paulatinamente observada, nesse estereótipo de saúde bucal entre os idosos. Certamente, provocará transformações na dinâmica odontológica, na abordagem dos problemas e na busca de soluções para a saúde bucal destes pacientes.

Em seu trabalho sobre “A saúde bucal de pacientes idosos”, PADILHA (1997) comenta que a mudança na estrutura populacional do mundo

tem estimulado vários trabalhos concernentes à saúde bucal de pacientes idosos. O nível de atenção odontológica, que tem sido reformulado nas últimas décadas nos países desenvolvidos, tem levado a totalidade da população desses países a atingir um nível de saúde dentária, nunca anteriormente visto. Como resultado, a população mundial começa a atingir a terceira idade com nível de edentulismo cada vez menor, e com necessidades de cuidados e manutenção dentária cada vez maiores.

A literatura, até o presente momento, apresenta um considerável número de estudos, nos quais encontramos meios de prevenir e manter a saúde dos dentes, e ainda, sofisticadas formas de restaurá-los para todas faixas etárias. PADILHA & SOUZA fizeram esta afirmação em 1998, e concluíram que, quanto aos tecidos moles da boca, são pobres os trabalhos de pesquisa em relação ao conhecimento das condições fisiológicas e patológicas que surgem, em função do envelhecimento.

Em seu trabalho sobre "Assistência supletiva de saúde no Brasil", CARNEIRO (2001) foi muito feliz em dizer que o direito a saúde é classicamente considerado um dos tributos da cidadania. É um dos importantes elementos componentes dos direitos sociais.

No entanto JITOMIRSKI (2000) descreve que os cuidados para idosos têm sido quase que, sistematicamente, excluídos das programações de saúde bucal no Brasil, em nível coletivo, merecendo escassa ou eventual atenção, também por parte dos currículos tanto do ciclo básico quanto de pós-graduação. Relata, também, que a situação epidemiológica, em termos de saúde bucal da população idosa no Brasil, pode ser classificada como bastante severa e grave, refletindo o descaso geral com que este grupo é socialmente

considerado, e as dificuldades financeiras com as quais a maioria dos brasileiros procura sobreviver.

2.3 O ENVELHECIMENTO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS NA BOCA

JACOB FILHO & SOUZA (1984) relatam que, aos efeitos naturais do envelhecimento, chamamos de senescência. Às alterações, produzidas por inúmeras afecções que podem acometer os idosos, chamamos senilidade. Devemos estar cientes disso e atentos às disfunções que merecem toda a atenção diagnóstica e terapêutica. Assim, evita-se atribuir ao envelhecimento natural, processos patológicos, determinando a realização de exames e tratamentos desnecessários, ou então, alterações encontradas em idoso podem ser erroneamente atribuídas ao seu envelhecimento natural.

As lesões que acometem a mucosa oral dos idosos podem estar direta ou indiretamente relacionadas com alterações intrínsecas. VOLPE et al. (1962) já afirmavam que a membrana mucosa da boca pode se tornar atrófica e friável, assumindo um aspecto brilhante e céreo, devido às alterações metabólicas que aparecem na pessoa idosa, incluindo um desvio no equilíbrio hídrico. As gengivas mostram também alterações. Ocorre um adelgaçamento progressivo do epitélio, associado à redução das propriedades elásticas do tecido conjuntivo. Clinicamente, esses efeitos somam-se às resistências dos tecidos que podem estar submetidos a pressão. Além disso, a redução dos capilares mais superficiais e, conseqüentemente, a diminuição do suprimento sanguíneo, retarda a micronutrição e prejudica a capacidade de regeneração.

Como conseqüência desdes distúrbios, a mucosa envelhecida torna-se mais sensível às influências externas, podendo ser facilmente injuriada por alimentos ásperos ou aparelhos protéticos mal adaptados.

Para outros autores, como ZEGARELLI et al. (1977), os distúrbios degenerativos mais importantes, presentes na faixa etária acima de 60 anos de idade, são: o retardo da divisão celular, a diminuição da capacidade de crescimento das células e a reparação tecidual. Além disso, observa-se diminuição no poder de reparação e regeneração nas complexas redes de nervos dos tecidos bucais. DESJARDINS et al. (1977) admitiram que essas alterações dão alguma base anatômica para o aumento da incidência de sintomas, nas cavidades orais dos idosos.

Sendo um dos pioneiros da Estomatologia no Brasil, dando grande ênfase a estomatologia geriátrica, TOMMAZI, em 1982, já afirmava que a mucosa bucal de idosos apresenta-se aparentemente normal, na ausência de doenças sistêmicas que possam mudar sua resistência. Contudo, seu equilíbrio biológico fica mais susceptível de ser rompido, com a diminuição da secreção de glândulas mucosas e das salivares menores. As doenças orais ocorrem em função da soma das agressões locais repetidas, agressões de menor intensidade, e em parte irreparáveis.

Conclusão similar foi a de BAUM (1984), quando relatou que os problemas de saúde bucal dos idosos variavam desde casos críticos de pessoas desdentadas, com xerostomia e severas deficiências mastigatórias, até alterações menores dos tecidos moles. Ao contrário do que se pensava a respeito, esses problemas não são naturais da velhice. Mudanças na capacidade de deglutição, fala, paladar, bem como disfunções nas glândulas

salivares não estão associadas ao envelhecimento normal, mas, quando não tratadas oportunamente, podem se constituir em fatores negativos cumulativos sérios para seus portadores.

Segundo SQUIER & HILL (1994), a mucosa bucal é o órgão responsável, principalmente, pela proteção de estruturas teciduais mais profundas, especificamente durante a mastigação, a fim de que, tanto o epitélio quanto o conjuntivo subjacente, sofram adaptações para suportar traumas inerentes à mastigação.

Na busca de conhecimentos a respeito das bases biológicas e fisiológicas do envelhecimento, LOECHE et al. (1995) comentam que os problemas de ordem geral (médicos) podem provocar alterações importantes no equilíbrio bucal e, da mesma forma, alterações bucais podem predispor a alterações sistêmicas, e tem levado a uma íntima interação entre as áreas médicas e odontológicas, com o objetivo de fazer parte das causas que provêm a longevidade.

Acredita-se que uma das conseqüências de psicopatias é a falta de saúde bucal, determinada, principalmente, pela deficiência na higienização. Através de seus estudos, BRUNETTI et al. (1998) afirmam o contrário, citando que fatores psicológicos, decorrentes da idade, podem ser realçados por uma condição bucal inadequada. Uma das situações que leva a esta condição bucal inadequada, é a confecção e a manutenção insatisfatória de uma PTR.

2.4 AS LESÕES DE MUCOSA E A PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL

Uma das primeiras relações entre a PTR e a lesão de mucosa foi feita por NEWTON (1962), que fez uma classificação baseada no aspecto clínico produzido pelo processo inflamatório.

BUTZ-JORGENSEN (1981) relatou que as lesões de mucosa, relacionadas com PTR, podem representar reações agudas ou crônicas a microorganismos da placa bacteriana aderida à mesma, aos constituintes da base da dentadura, ou serem consequência de uma injúria mecânica. Nas reações agudas, incluem-se as úlceras traumáticas, reações alérgicas e infecções agudas. Entre as reações crônicas, incluem-se a estomatite por dentadura, a queilite angular e a hiperplasia inflamatória.

Na década de 80, iniciando-se nas diversas áreas de saúde a preocupação com o aumento do número de idosos, na Odontologia, percebeu-se uma atenção inicial aos usuários da PTR. RUSSOTO (1980), BERGENDAL & ISACSSON (1983) e ARENDORF & WALKER (1987) são unânimes em afirmar que a estomatite por dentadura está, freqüentemente, associada a uma queilite angular, e estão presentes em 33 a 82,6% dos usuários de dentadura.

Vendo os problemas que uma PTR pode provocar, CABOT & ROBERTS (1984) afirmaram, em seu trabalho, que, quando os pacientes se tornam edêntulos, há um sentimento comumente expresso, de sua parte, que visitas regulares ao dentista não são mais necessárias, a não ser que maiores problemas ocorram com as próteses dentárias, como por exemplo, a fratura. Os autores enfatizam que o cirurgião dentista e o paciente deveriam entender que a

PTR requer cuidado regular após a adaptação e eventual substituição, recomendando que ela seja revista anualmente, e trocada após cinco anos.

Crescendo, cada vez mais, o interesse pelo conhecimento das alterações de mucosa que o uso das PTR poderiam causar, HAND & WHITEHILI (1986) examinaram 629 pacientes, não asilados, com o objetivo de fazer um levantamento da prevalência de lesões de tecidos moles. Esse levantamento foi realizado em comunidades não institucionalizadas no meio rural, em Iowa nos Estados Unidos. As lesões detectadas, em um total de 206, foram classificadas como: lesões de superfície, lesões com aumento de volume e lesões relacionadas com o uso das próteses. Observaram que a grande maioria das 206 lesões estava relacionada com o uso da PTR.

Com relação à estomatite por dentadura, que é citada em muitos trabalhos, HOLMSTRUP & AXELL (1990) afirmaram que se trata de candidíase que pode aparecer, isoladamente ou não. À medida que a atenção pelas lesões patológicas provocadas pelo uso da PTR foi se consolidando, começou a surgir, também, uma preocupação pela repercussão das mesmas, na integridade das pessoas. MOSKONA & KAPLAN (1992) comentam que, para os pacientes totalmente edêntulos, as próteses podem melhorar a qualidade de vida, mas podem ser potencialmente danosas. A qualidade e idade das próteses totais, a higiene da boca e das PTR são os parâmetros mais significativos correlacionados com o aumento do risco de lesões orais.

Foi baseado também nestas informações, que, em 1993, DOLAN & ATCHISON ressaltaram a importância da prática de atividades educacionais para o saneamento dos danos bucais na terceira idade, causados pelo uso da PTR.

Analisando o aspecto normal da mucosa bucal e suas alterações em função de diversos fatores, inclusive pelo uso da PTR, WOOD & GOAZ (1983) afirmaram que o diagnóstico das lesões bucais é basicamente um exercício de patologia clínica. O entendimento de que um ou outro aspecto clínico é patológico ou não, depende do conhecimento prévio do que é normal ou fisiológico, e ainda da capacidade do examinador de detectar essas alterações da normalidade.

Em seus estudos, realizados em 338 idosos institucionalizados, NEVALAINEM et al. (1997) detectaram a presença de estomatite protética associada a quadros de queilite angular, que se mostraram mais comuns no sexo feminino.

PINTO COELHO & ZUCOLOTO (1998), em seu levantamento sobre a Hiperplasia Fibro-Epitelial Inflamatória (HFI) observaram que há uma incidência maior entre as mulheres do que entre os homens, numa proporção de 5:1. Sugerem que, talvez, esta lesão ocorra mais em mulheres, pela maior frequência do uso da PTR, incluindo durante o repouso noturno, por fatores estéticos. Segundo BUCHNER et al. (1977), outro possível mecanismo poderia estar relacionado com a deficiência hormonal.

Em consequência de um grande interesse pela odontogeriatria, BRITO & VELOSO (2001), em um trabalho de lesões causadas por próteses mal adaptadas em pacientes idosos, concluíram que o fator econômico ainda contribui para que os pacientes recorram aos serviços de dentistas práticos, ocorrendo, assim, a confecção de próteses de baixa qualidade, favorecendo a incidência de lesões nas mucosas. Concluíram, também, que as infecções

fúngicas são constantemente observadas em pacientes que não têm o hábito de remover a prótese para dormir.

O avanço tecnológico e o aprimoramento dos materiais são evidentes. Partindo daí, SCULLY (1994) afirma que materiais moles, maleáveis e tenros para reembasamento de PTR provisória, com o objetivo de melhorar sua estabilidade, têm sido muito utilizados, principalmente nas próteses imediatas pós-cirurgia. Considera que estes materiais são um importante meio de retenção de colônias de *Candida*.

NIKAWA et al. (2003) afirmam que a formação do biofilme na PTR e sua colonização pela *Candida albicans* é de muita importância para o desenvolvimento da candidíase. O uso rotineiro de limpadores de PTR é um eficiente método para controle da placa em suas superfícies. Entretanto, os autores alertam para a incompatibilidade dos limpadores das próteses, porque estes causam danos a elas, aumentando sua porosidade, agravando, assim, o problema da colonização pela *Candida albicans*.

ARENDOF & WALKER (1983) fizeram um estudo relacionando o uso do fumo de tabaco, o uso da PTR e a leucoplasia por candidíase bucal ou candidíase crônica hiperplásica (CCH). Os autores examinaram 53 pacientes com CCH. Destes, 40 tinham o hábito de fumar e usavam PTR. Mais da metade desses pacientes foram submetidos a exames hematológicos, e nenhuma anormalidade foi detectada. Os autores afirmam que a evidência desse estudo sugere que fatores locais são de maior significância do que influências sistêmicas para o desenvolvimento de CCH. Propuseram que o fumo de tabaco e a fricção da PTR alteram a superfície da mucosa oral, facilitando a

colonização por cândida e, dependendo da densidade da população que invade a camada epitelial, o indivíduo poderá desenvolver a CCH.

Muitos trabalhos publicados relatam que a causa e as condições para o desenvolvimento da candidíase são multifatoriais. NEVILLE (2002) relatou que a evidência clínica ou não de infecção, depende, provavelmente, de três fatores gerais: o estado imunológico do hospedeiro, o meio ambiente da mucosa bucal e a resistência da *Candida albicans*. A esses fatores gerais o autor relata outros, que podem estar associados, tais como: antibioticoterapia, imunossupressão, xerostomia, distúrbios endócrinos e causas idiopáticas.

COHEN & THOMPSON (1986) acreditam que as lesões patológicas da mucosa oral se tornam mais prevalentes com a idade, afirmação corroborada por JORGE (1991), que observou, inclusive, uma alta incidência de lesões em idosos institucionalizados. Esse fato indica a necessidade de exames periódicos da cavidade bucal, e de orientação do pessoal auxiliar para execução adequada da higiene bucal e das próteses. Esta afirmação é elucidada por MARCHINI et al. (2003), através de um acompanhamento odontológico em centros geriátricos, onde destacam também a importância da prevenção, diagnóstico e tratamento de lesões bucais.

A alta incidência de estomatite decorrente do uso de PTR levou JORGE (1991) a realizar um estudo, na cidade de Piracicaba (SP), onde examinou 270 idosos institucionalizados, para avaliar o estado de saúde da mucosa oral. A maior parte das lesões encontradas era provenientes do uso das próteses. Dentre essas, a mais comum foi a estomatite por dentadura, seguida da hiperplasia fibrosa e queilite angular.

Determinados em definir as lesões bucais provocadas pelo uso de PTR, inclusive em função da sua integridade, MOSKONA & KAPLAN (1992) examinaram 298 pacientes que moravam em dois hospitais geriátricos e um abrigo de idosos. A Hiperplasia fibrosa, provocada pela prótese dentária, foi encontrada em 7,9% dos pacientes com a referida prótese de boa qualidade, e 19% com prótese de baixa qualidade. As hiperplasias por PTR e hiperplasia papilar inflamatória do palato foram relacionadas com a idade da PTR, exceto com o número total de lesões. A higiene oral era insuficiente, em 45% dos pacientes. Estomatites por dentadura e cultura positiva para *Candida albicans* estavam relacionadas com higiene oral. A candidíase eritematosa crônica e queilite angular foram encontradas em 22,5% dos homens que usavam PTR, e em 11,1% das mulheres nas mesmas condições.

FOTOS & HELLSTEIN (1992) afirmaram que estomatite por PTR é uma candidíase que surge como resultado de uma higiene deficiente da prótese e do uso desta durante 24 horas do dia. Todos os tipos de estomatites provocadas por PTR apresentam-se confinadas à área chapeável da PTR, que pode servir de abrigo para o fungo e, desta forma, representar fonte de reinfecção. É normalmente encontrada no maxilar superior, e raramente na mandíbula.

ELLIASSON et al. (1992), avaliando a prevalência da estomatite causada pelo uso da PTR, através da microbiologia e macro-fotografia, constataram que 26,6% da população adulta usavam PTR e, destes, 59,2% tinham estomatites.

COBERT et al. (1994) examinaram 537 idosos entre 65 e 74 anos de idade. Destes, 284 indivíduos eram usuários de PTR. Dos usuários de PTR

40% apresentavam lesões de mucosa, sendo 10% estomatite por PTR e 30% hiperplasia fibrosa, ceratose friccional, úlcera traumática e queilite angular.

SCULLY (1994) relata que a estomatite induzida por PTR é vista, predominantemente, no idoso. É uma infecção assintomática, principalmente relacionada a espécies de cândida. Além da *Candida albicans*, foram encontradas, na superfície das dentaduras, espécies de “bacteróides” com pigmentos negros e, ocasionalmente, *Staphylococcus aureus*. A infecção é particularmente induzida pelo uso contínuo da PTR dia e noite, ou associada a fatores do hospedeiro tais como xerostomia. A evidência indica, claramente, que a estomatite induzida por PTR é, com freqüência, uma candidíase oral eritematosa crônica, apesar de outros microorganismos e trauma poderem contribuir. Afirmou, também, que bordas da dentadura superestendidas podem causar ulcerações da mucosa e eventual hiperplasia fibrosa.

Em 1995, MOSKONA & KAPLAN, na Universidade de Tel Aviv, fizeram um estudo em 221 pacientes idosos, (69 homens e 152 mulheres). A média de idade constatada foi de 75,3 anos e 75% eram edêntulos. A maioria das PTR apresentava baixo índice de qualidade (77%). Em função desta, a úlcera traumática foi a lesão de mucosa mais freqüente, levando os pacientes a queixarem-se de dor, com o uso da PTR. Importante relato nesse trabalho, referiu-se à média de idade das próteses, que era de 9,7 anos. A higiene das próteses foi considerada satisfatória em 59% dos pacientes, insatisfatória em 11%, e péssima em 30%.

SAKKI (1997) realizou uma pesquisa em 780 idosos finlandeses, sendo que 452 usavam PTR. Constataram uma grande incidência de estomatite

protética naqueles pacientes de baixo poder aquisitivo, e pouca ou nenhuma noção de higiene oral.

Muito se comentou, na literatura, a respeito da higienização da PTR e as lesões bucais. MORSE et al. (1997) fizeram um estudo de caso controle, onde investigaram a interrelação da displasia do epitélio bucal com o uso do enxaguatório bucal e o uso da PTR. Concluíram que o uso de enxaguatório e o tempo de uso da PTR não estão associados positivamente com risco de displasia epitelial bucal.

PINTO COELHO & ZUCOLOTO (1998) consideraram a hiperplasia fibro-epitelial inflamatória (HIF) como um aumento tecidual ocasionado pelo trauma resultante de próteses removíveis mal adaptadas. O aparecimento desta hiperplasia, também relatado por KENG et al. (1989) e WRIGHT et al. (1992), está relacionado com a irritação crônica causada por bordas de dentaduras mal adaptadas, provocando um estímulo de pressão positiva, e por forças oblíquas resultantes de desajustes oclusais, provocando um estímulo de pressão negativa. Os autores afirmam, também, que a HFI pode ser ocasionada pelo uso de PTR imediata, já que a área cirúrgica aumenta, rapidamente, devido à cicatrização do alvéolo e à reabsorção da crista alveolar, provocando a desadaptação da PTR.

SAMARANAYKE & WILKIESON (1995) relataram que as estomatites por PTR e a queilite angular são duas formas mais comuns de candidíase oral em pacientes idosos. Uma prevalência de 19% a 25% para estomatite por dentadura e queilite angular foi demonstrada em um coorte de idosos institucionalizados.

Segundo RODRIGUES et al. (1996), os parâmetros que devem influenciar o super crescimento de cândida são níveis elevados da produção da interleucina-2, diminuição da proteína salivar anticandidal, concentração aumentada de imunoglobulina G do soro (IgG) e funções deficientes dos granulócitos e linfócitos.

Vendo a prevalência de infecções fúngicas na boca, FANTASIA (1997) relata que a infecção mais comum envolvendo os tecidos da mucosa oral nos pacientes idosos é a candidíase. Essa condição pode apresentar-se como placas brancas pontuais, mucosa eritematosa atrófica, formação de uma pseudomembrana ou mucosa hiperplásica rugosa. Essas variações são conhecidas como *crônica*, *eritematosa*, *pseudomembranosa* e *candidíase hiperplásica*. A cândida é tipicamente um habitante inofensivo e comum nas membranas da mucosa oral. O seu crescimento é oportunista, diante de uma série de motivos, como: exposição a antibióticos, agentes imunossupressores, medicação citotóxica e corticosteróide, podendo ter seu desenvolvimento também resultante do uso da PTR.

PADILHA & SOUZA (1998) realizaram um trabalho envolvendo pacientes idosos do Brasil e da Inglaterra. Examinaram um total de 189 pacientes, sendo 102 brasileiros de uma instituição de caridade de Porto Alegre, e 87 ingleses de um hospital geriátrico de Londres. As alterações de mucosa, relacionadas com o uso de PTR, somaram um total de 72 lesões, sendo que a mais freqüente, em ambos os grupos, foi a estomatite por dentadura, atingindo uma percentagem de 52,8% das lesões.

Com o objetivo de detectar lesões de mucosa em pacientes acima de 60 anos de idade, ROCHA et al. (2002) fizeram um levantamento de laudos

histológicos e prontuários clínicos de 387 idosos acima de 60 anos, usuários das clínicas das Faculdades de Odontologia da UFMG e PUC-MG. Nesse trabalho, a lesão mais freqüente foi a HFI (44,81%), seguida da candidíase com (17,31%). Essas lesões foram induzidas pela utilização de prótese de baixa qualidade, visitas irregulares ao dentista, e seu precário estado de higienização.

VELOSO & COSTA (2002) examinaram 100 idosos, com idades entre 60-80 anos, realizando o exame clínico bucal de rotina para avaliação e orientação terapêutica das manifestações fisiológicas e patológicas da cavidade bucal. Desses pacientes, 44 eram usuários de dentadura, e a presença, em grande parte, de candidíase e queilite angular foi relacionada ao hábito de dormir com a PTR. Neste grupo de usuários de PTR, foi encontrada também a HFI, devido à presença da câmara de sucção.

Em um estudo feito em pacientes desdentados totais, na cidade de Piracicaba (SP), PIRES et al. (2002) afirmam que os dois fatores principais para o desenvolvimento de estomatite por dentadura, são o alto índice de cândida na saliva, e a má higienização da PTR. Para tal afirmação, os autores avaliaram 77 pacientes edêntulos antes e seis meses depois da colocação de novas PTR. A estomatite por dentadura foi observada em 50,6%, e 18,2 % dos pacientes na primeira e segunda avaliação, respectivamente. O fluxo salivar, contagem de cândida na saliva e as espécies de cândida foram similares, em ambas as avaliações. A estomatite por dentadura e cândida na saliva foram mais comuns em mulheres. Concluíram, então, que a substituição da PTR e a melhora da sua higiene foram úteis para a resolução da estomatite por dentadura.

BARBEAU et al. (2003), através de estudo realizado em usuários de PTR, constatou que a presença de leveduras na PTR não estava relacionada

ao fato de os indivíduos terem estomatite. Entretanto, concluíram que a maior prevalência de colônias de leveduras, número de colônias de leveduras e coberturas com placas foram encontradas nas dentaduras dos indivíduos com inflamação mais extensa. A presença de estomatite mais extensa estava relacionada com pacientes que não removiam a dentadura para dormir e aos que possuíam o hábito de fumar.

O interesse e a capacidade de atendimento ao paciente idoso é questionável. Em 1992, MAC ENTEE et al. aplicaram um questionário a profissionais canadenses, e observaram que 19% deles não se mostravam adequadamente formados para o atendimento ao idoso, fato agravado pelo desinteresse no atendimento dessa população, especialmente a institucionalizada. VINCENT et al. (1992) afirmam que as deficiências no treinamento em odontogeriatria não são prerrogativas apenas de países em desenvolvimento, surgindo, até mesmo, naqueles desenvolvidos, como Estados Unidos e Canadá. Para esses autores, o fato de o aluno não receber um treinamento suficiente no curso de graduação, acaba desestimulando-o em sua vida profissional, no provimento da saúde bucal do idoso.

Frente a essa deficiência no atendimento dos idosos, PEREZ et al. (1992) alertaram os profissionais e serviços de saúde para estarem preparados para o atendimento aos idosos, diferenciando adequadamente os fatores próprios do envelhecimento normal daqueles que provêm do meio ambiente.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Verificar a prevalência de lesões de mucosa em pacientes não institucionalizados, residentes na zona rural e com 60 anos de idade ou mais.

3.2 ESPECÍFICOS

- Relacionar as lesões de mucosa com o uso ou não de PTR.
- Relacionar o tipo de lesão de mucosa com o uso ou não de PTR.
- Relacionar as lesões de mucosa com o tempo de uso, integridade e higienização de PTR.

4 METODOLOGIA

Este é um estudo epidemiológico, descritivo e transversal. Como o objetivo é observar lesões relacionadas ao uso de PTR, optou-se por trabalhar com dois grupos distintos. O Grupo 1 (GR1) compõe-se de idosos usuários de PTR. O Grupo 2 (GR2) compõe-se de idosos não usuários de PTR.

4.1 UNIVERSO E AMOSTRA

O universo de estudo foi constituído por pessoas com 60 anos de idade ou mais, residentes nos distritos rurais dos municípios de Cláudio (Monsenhor João Alexandre) e Oliveira (Morro do Ferro), localizados na Região Oeste de Minas Gerais, distante 50 km um do outro. A escolha desses municípios foi resultante da facilidade de acesso geográfico e contato com os coordenadores de saúde bucal dessas duas cidades.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), sugerido pela OMS, é de 0,67 em Cláudio, e 0,68 em Oliveira. Portanto, são dois municípios bem semelhantes, em termos de condições de vida.

4.2 CÁLCULO AMOSTRAL

Para o cálculo amostral, foi utilizada a fórmula de estimativa da proporção, (DAWSO-SAUDERS & TRAPP, 1994; SNEDECOR & COCHRAN,

1989), considerando como padrão de prevalência, os resultados encontrados no projeto piloto. Das alterações encontradas, a maior prevalência entre os usuários de prótese foi a hiperplasia fibrosa, com acometimento firmado por diagnóstico histopatológico em 20% dos pacientes examinados. Dessa maneira, este foi o padrão selecionado. Entre os não usuários de prótese a prevalência foi zero.

$$\text{Utilizando-se a fórmula } n = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 p(1-p)}{d^2},$$

e considerando a prevalência das alterações (p) em 20%, o nível de confiança de 95% e erro de 5%, obteve-se uma amostra de 246 indivíduos.

A correção para a população finita foi feita, considerando-se o total de indivíduos com 60 anos de idade ou mais, nos dois distritos dos municípios do estudo (IBGE, 2001), a prevalência de desdentados no Brasil e o percentual de usuários de PTR. De acordo com dados epidemiológicos de 1986, BRASIL (1988), na população com 60 anos ou mais, na zona urbana, mais de 60% são edêntulos, apresentando aproximadamente 90% de necessidade do uso de PTR. Outros levantamentos mais recentes, nesta faixa etária, apontam cerca de 50% de edêntulos com média de, aproximadamente, 55% de necessidade de PTR, entre eles, os de PADILHA, 1997 e SILVA & FERNANDES, 2001; portanto, cerca de 45% dos desdentados usam PTR. (Tabela 1)

TABELA 1
DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO A SER EXAMINADA, PARA COMPOSIÇÃO DA
AMOSTRA

<i>Pop. Município</i>	<i>Pop. total*</i>	<i>Pop.+60 anos*</i>	<i>Pop. distrito**</i>	<i>Pop.+60 anos Distrito**</i>	<i>Edêntulos. 50%***</i> <i>n</i>	<i>Usuários de PTR</i>	
						45%	%
Oliveira	37.250	3.927	5.587	558	279	125	41
Cláudio	22.522	2.070	7.882	788	394	177	59
Total	59.772	5.997	13.469	1.346	673	302	100

*Dados obtidos no Censo 2000, IBGE.

**Estimativa calculada com base em dados do projeto Cidade, 1999. (PRODEMGE)

***Cálculo baseado em prevalência para população brasileira, observada na literatura.

Para correção do n e obtenção do n final, considerou-se como população finita para usuários de PTR, o total de 302, e, para não usuários, o total da população de mais de 60 anos (1.346), excluídos os primeiros.

Utilizando-se a fórmula abaixo, obteve-se o total da amostra.

$$n_{\text{final}} = \frac{n}{\frac{1+n}{N}}$$

Dessa maneira, a amostra total ficou estabelecida em 135 com PTR, e 199 sem PTR.

A partir daí, a amostra foi composta nos dois distritos, respeitando-se a proporcionalidade observada em Cláudio (59%) e Oliveira (41%) (Tabela 1), obtendo-se assim a amostra final (Tabela 2).

TABELA 2
TOTAL DA AMOSTRA CALCULADA

Município	Com PTR	Sem PTR	Total
Oliveira (45%)	55	82	137
Cláudio (59%)	80	118	198
Total n final	135	200	335

4.3 O ACESSO AOS MUNICÍPIOS

Foram contatados, inicialmente, os prefeitos dos dois municípios, e a eles foi passado e explicado todo o objetivo do trabalho. Com a sua concordância, encaminhou-se diretamente aos coordenadores da saúde bucal dos municípios, a fim de dar início à pesquisa.

4.4 O EXAME CLÍNICO

Este exame foi realizado em postos de saúde dos dois distritos, que possuíam consultórios odontológicos. Os pacientes foram recrutados, aleatoriamente, em suas casas, pelas agentes de saúde, observando o limite mínimo de 60 anos de idade, e observando os números da amostragem.

Quase todos os pacientes foram submetidos ao exame clínico dentro dos consultórios; apenas três foram examinados em suas residências, devido a impossibilidade física de locomoção.

Esses exames foram norteados por uma ficha clínica elaborada previamente. (Anexo II) Todos os exames foram realizados pelo pesquisador, que é experimentado na área. Para essas avaliações foi usada a paramentação de um clínico geral, preconizada pelas normas internacionais de biossegurança. Quanto ao exame específico, foram utilizados o espelho bucal e gaze. Para as biópsias realizadas, usou-se o material cirúrgico indicado para o caso, juntamente com agulhas descartáveis para anestesia, solução anestésica apropriada para o paciente, e fio de seda 4-0 para sutura. O material biopsiado era colocado em solução de formol a 10%, e encaminhado ao serviço de diagnóstico do laboratório de patologia da Faculdade de Odontologia da UFMG. Ficou determinado, no plano piloto, que, diante de alguma lesão maligna, o paciente seria encaminhado ao serviço de cirurgia de cabeça e pescoço do Hospital Mário Pena de Belo Horizonte, por se tratar de uma instituição pública. Este transporte ficou sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde do município envolvido no caso.

Os critérios adotados no exame foram:

Lesões de mucosa: foram classificadas de acordo com a natureza da lesão e com a caracterização das lesões fundamentais, ou seja: cor, volume e tamanho.

Integridade da prótese: foi avaliado se havia presença de trincas, fraturas, perfurações, câmara de sucção, ausência de dentes e desgaste nos mesmos.

Higiene da prótese: foi pesquisada, principalmente, a presença de placa bacteriana, tártaro, manchas e qualquer outro tipo de impureza.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Foi construído um Banco de Dados no Programa EPINFO 6.0. Os dados foram tabelados por percentual. Os dados com intervalos maiores, que dificultavam a análise, foram agrupados em classes, como por exemplo, a idade e o tempo de uso da prótese.

Para comparação entre os grupos, com relação ao uso de prótese e ocorrência de lesões, utilizou-se o teste X^2 (VIEIRA, 1991).

4.6 QUESTÕES ÉTICAS

Todos os cuidados éticos foram considerados nesta pesquisa. Todos os pacientes examinados foram esclarecidos adequadamente com relação aos objetivos da pesquisa e o que necessitaria ser feito. (Anexo I) Os exames transformaram-se em consultas, e as orientações e encaminhamentos necessários foram feitos. Essa preocupação deveu-se ao fato de que, por ser área rural, o acesso ao atendimento é mais difícil e, portanto, a oportunidade do exame deveria ser melhor aproveitada.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, sob o Parecer nº –ETIC.186/01.

5 RESULTADO E DISCUSSÃO

Foram examinados 344 indivíduos, que fizeram parte de dois grupos. O GR1 era composto por 146 pessoas que usavam PTR, e o GR2, por 198 pessoas que não usavam PTR.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Quanto à idade, ter 60 anos ou mais foi a condição estabelecida para fazer parte da amostra, por ser esta idade o marco etário da terceira idade (ETTINGER & BECK, 1988).

O Gráfico mostra a distribuição dos idosos, por idade, e nota-se que prevalece um número maior de pessoas no grupo etário de 60 a 69 anos, em segundo 70 a 79 anos, e a minoria com 80 anos ou mais. Esses dados confirmam os resultados do Censo Demográfico de 2000 (IBGE, 2000), quando mostra que o grupo de 60 a 69 anos de idade apresentou uma população de 8.182.035 de pessoas, o grupo de 70 a 79 anos mostrou uma população de 4.521.899, e o grupo de 80 anos ou mais possui 1.570.905 indivíduos.

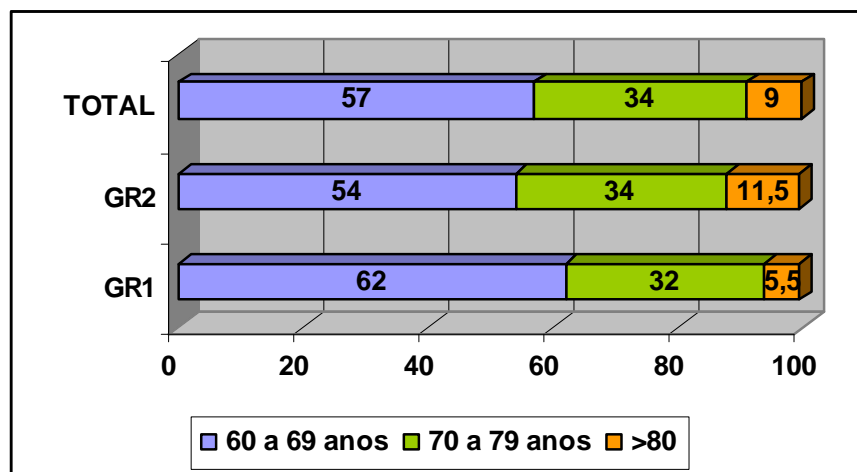


GRÁFICO 1 - Distribuição dos idosos por idade, em percentual comunidade rural em Minas Gerais, 2002

Quanto ao critério raça, observada segundo a cor da pele, 46% compunham o grupo leucoderma, 35% feoderma e 19% melanoderma.

O Gráfico 2 apresenta a distribuição dos idosos examinados, em percentual, quanto ao gênero (58,4% feminino e 41,6% masculino). Percebe-se um maior número de mulheres em relação aos homens, o que é confirmado pelo Censo Demográfico 2000 (IBGE, 2000). Esse resultado vem confirmando também a previsão de KALACHE (1998) para 2020, quando diz que a tendência para a população de idosos é apresentar um número maior de mulheres, como resultado de maiores taxas de mortalidade entre os homens, em praticamente todas as faixas etárias.

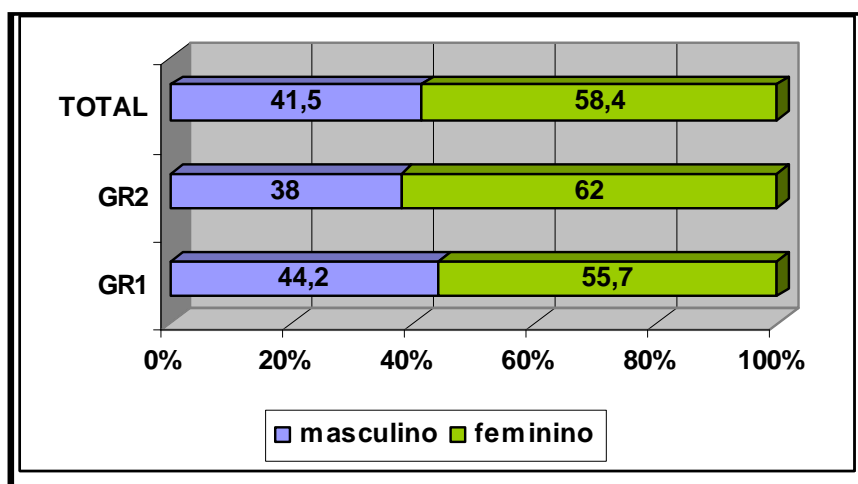


GRÁFICO 2 - Distribuição dos idosos por gênero, em percentual comunidade rural em Minas Gerais, 2002

Considerando a profissão, os idosos foram agrupados de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do IBGE (2000). Na Tabela 3, observa-se uma semelhança na distribuição por profissão nos dois grupos, e, como era esperado, a grande maioria se enquadra no grupo de “aposentados”. Mesmo em se tratando de uma população que reside no meio rural, para

aqueles que ainda estão em atividade profissional houve um número maior de pessoas em serviços gerais (profissões sem qualificação) e do lar.

Os aposentados, em sua grande maioria, quando estavam na ativa, principalmente os homens, exerciam atividades agrícolas. Estas eram principalmente executadas diretamente no campo ou cuidando de animais. Com essas ocupações, esses indivíduos não tinham um relacionamento social semelhante ao da vida urbana e, possivelmente, eram excluídos do seu dia-a-dia um mínimo de vaidade e noções básicas para prevenção de doenças e manutenção da saúde, inclusive da boca.

TABELA 3
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS DE ACORDO COM A OCUPAÇÃO, EM
PERCENTUAL, COMUNIDADE RURAL EM MINAS GERAIS, 2002

Ocupação	GR1	GR2	Total
Trabalhadores agro-pecuários	4,7	7	6,1
Serviços gerais	11,7	11,1	11,4
Aposentados	64,4	64,2	64,2
Do lar	19,2	16,7	17,7
Desocupados	0	1	0,6
Total	100	100	100

Quanto aos hábitos nocivos relatados, foi dada atenção especial ao etilismo e tabagismo. A Tabela 4 mostra que o hábito de ingerir bebida alcoólica, diariamente, era mínimo entre os idosos. No entanto, grande parte deles relatou, inclusive mulheres, que, quando mais novos, bebiam diariamente,

e que foram forçados a deixar o vício em função da saúde. Quanto ao tabagismo, observamos um percentual um pouco mais elevado de usuários. Em relação aos dois grupos, o GR2 apresentou um número maior de etilistas e fumantes.

TABELA 4
ETILISMO E TABAGISMO ENTRE IDOSOS, EM PERCENTUAL,
COMUNIDADE RURAL EM MINAS GERAIS, 2002

Hábito	GR1	GR2	Total
Etilismo	3,4	7	5,5
Tabagismo	10,4	18	15,2
Total	13,8	25	20,7

Com relação às condições gerais de saúde, as informações aqui obtidas foram relatos, única e exclusivamente, dos idosos ou de seus acompanhantes, sem nenhuma confirmação médica, ou de exames complementares.

A Tabela 5 apresenta as alterações sistêmicas relatadas com mais freqüência. Percebe-se, com um percentual muito próximo entre os dois grupos, que a doença mais comum foi a hipertensão. Diante de todas as pessoas examinadas, 233 disseram ser hipertensas. Foi bastante evidente o fato de que, em todo este grupo, somente uma pessoa relatou não fazer uso de medicação para controle da doença. A maioria faz uso da medicação, em função da assistência médica oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e pela facilidade de adquiri-la gratuitamente, nos postos de saúde.

TABELA 5
DISTRIBUIÇÃO DAS DOENÇAS RELATADAS ENTRE IDOSOS EM
PERCENTUAL, COMUNIDADE RURAL EM MINAS GERAIS, 2002

Doença	GR1	GR2	Total
Hipertensão	68,2	67,3	67,7
Problemas cardiovasculares	38,3	38,3	38
Alterações gastrointestinais	27,3	35,7	26
Endocrinopatias	23,2	14,1	18
Alterações renais	12,3	13	13
Alterações neurológicas	13,7	8	10,4
Outras alterações	1,8	1,3	3

A incidência das alterações cardiovasculares é também bastante representativa entre os indivíduos desses grupos. Os sintomas de cardiopatias mais relatados durante a anamnese, foram: palpitação, taquicardia e cansaço excessivo, com um mínimo de esforço físico. Muitos idosos não sabiam dizer qual era, especificamente, seu problema.

As alterações acima descritas concordam com os dados apresentados por MELLO JORGE (2001), quando diz que as doenças do sistema circulatório possuem uma alta incidência nos indivíduos idosos, sendo responsáveis por mais de 40% das mortes, na faixa etária de 60 a 69 anos, e quase a metade dos óbitos do grupo de 80 anos de idade e mais.

As alterações gastrointestinais também foram analisadas, sendo as mais comuns, “queimação de estômago”, azia e úlcera. Para os portadores de PTR (GR1), 27% queixaram destes sintomas, e 35% no GR2 (sem PTR). A frequência maior no GR2 pode ser explicada pela presença de edêntulos que relataram dificuldades para mastigar os alimentos.

Alguns dos indivíduos com problemas gastrointestinais faziam tratamento específico para as esses problemas. A grande maioria usava paliativos nas exarcebações do incômodo, sendo mais comum o uso do Bicarbonato de Sódio.

Dentre as endocrinopatias relatadas, presentes em 18% do total de idosos, as mais freqüentes foram o hipotireoidismo, hipertireoidismo e o *diabetis mellitus*. Para os diabéticos, encontrou-se, dentro dos dois grupos avaliados, 12,5% (43 idosos) com o diagnóstico da doença. Destes 13,1% (19) faziam parte do GR1, e 12% (24) do GR2.

A maioria dos diabéticos relatou que estavam sob controle médico, tomando medicação e seguindo a dieta prescrita.

As alterações renais, como infecção e ausência de funcionamento dos rins, foram doenças também relatadas, havendo semelhança do número de indivíduos entre os dois grupos estudados.

Durante a coleta de dados, foram detectados idosos com alterações neurológicas. Alguns apresentavam alterações marcantes, necessitando de acompanhantes para conduzi-los e responder por eles. Dos 344 indivíduos examinados, 36 (10,4%) apresentavam distúrbios neurológicos. Destes, 20 (13%) faziam parte do GR1 (PTR), e todos apresentaram insuficiência de higienização das dentaduras, com conseqüente presença da candidíase eritematosa. Observou-se também que, 26 destes indivíduos que apresentavam neuropatias, faziam uso da medicação prescrita.

Outras alterações foram observadas entre os idosos, num percentual de 3% deles. Dentre essas, foram relatadas lesões pulmonares, tais como: fibrose pulmonar, enfisema e pneumonia. Todos os que relataram serem

portadores de enfisema tinham sido tabagistas por muitos anos, consumindo uma grande quantidade de cigarros/dia. Alterações no sistema hepático também foram relatadas, sem, contudo ter uma informação mais apurada sobre o problema a não ser “doença do fígado”.

5.2 LESÕES DE MUCOSA

O exame dos tecidos moles da boca foi realizado com especial cuidado, em função de ser objetivo desta pesquisa detectar lesões provocadas pelo uso da PTR. Além disso, em função de ser essa uma idade de risco para neoplasias, considerou-se ser este um momento importante de atenção a essa população.

Levando-se em conta o que se considera lesão com características patológicas, 60,3% (88) dos indivíduos do GR1 apresentaram lesão de mucosa. Entre os não usuários de prótese (GR2), este percentual foi de 9%, ou seja, 18 idosos.

Considerando a normalidade apresentada (Gráfico 3), entre os portadores de prótese (GR1), o menor grau de normalidade foi observado no palato duro, em função da candidíase eritematosa presente, e a hiperplasia fibrosa. Quanto aos não portadores de prótese (GR2), a menor normalidade foi observada na língua, em função da observação da língua saburrosa.

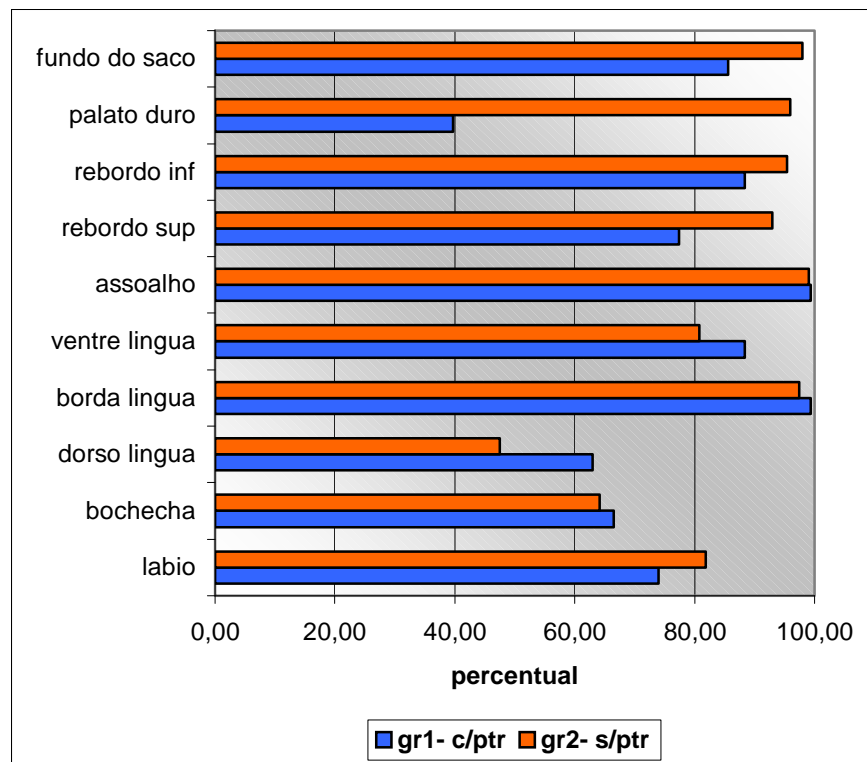


Gráfico 3 - Percentual de normalidade observada na mucosa bucal, por local examinado, em comunidade rural em Minas Gerais, 2002

A Tabela 6, à página seguinte, apresenta a distribuição de lesões encontradas, por tipo e localização, considerando todas as alterações encontradas.

TABELA 6
DISTRIBUIÇÃO DAS ALTERAÇÕES DA MUCOSA BUCAL MAIS
FREQÜENTES EM CADA LOCALIZAÇÃO, OBSERVADAS ENTRE IDOSOS,
EM PERCENTUAL, COMUNIDADE RURAL EM MINAS GERAIS, 2002

Região	Lesões	GR1	GR2	χ^2 valor de p	Total
Lábios	Queilite angular	17,2	7,1	0,01	12,1
	Queilite actínica	6,9	5,6	NS	6,2
Mucosa jugal	Grânulos de Fordyce*	31,5	29,2	NS	30,2
Língua-dorso	Língua Fissurada*	4,1	11,6	0,05	7,8
	Glossite romboidal mediana	3,4	0	-----	1,7
Língua ventre	Varicosidades*	12,3	18,7	NS	15,9
Assoalho bucal	Varicosidades*	0	0,7	-----	0,3
	Úlcera traumática	0,7	0	-----	0,3
Rebordo alveolar superior	Candidíase eritematosa	16,6	1	-----	8,8
	Hiperplasia fibrosa	4,1	0,5	-----	2,3
Rebordo alveolar inferior	Candidíase eritematosa	1,4	0	-----	0,7
	Hiperplasia fibrosa	6,2	0	-----	3,1
Palato duro	Candidíase eritematosa	57,2	0	-----	28,6
	Hiperplasia fibrosa	13,8	1	-----	7,4
Palato mole	Mácula vermelha	1,5	0	-----	0,7
Vestíbulo	Hiperplasia fibrosa	12,4	0,5	-----	6,4

* Variações da normalidade

GR1 – Usa prótese

GR2 – Não usa prótese

Ao examinar os lábios, a queilite angular (Figura 6) apareceu em 17,2% dos idosos do GR1 (PTR), percentual menor do que o relatado na literatura, para usuários de prótese. RUSSOTO (1980), BERGENDAL & ISACSSON (1983) e ARENDOF & WALTER (1987) observaram a incidência desta lesão na ordem de 33 a 82,6% e freqüentemente associada à estomatite por dentadura. Para JORGE (1991), a queilite angular foi a segunda lesão prevalente nos indivíduos por ele examinados, entre os usuários de PTR. SAMARANAYKE & WILKIESON (1995) encontraram que 19% a 25% possuíam queilite angular e estomatite provocadas por PTR, em idosos institucionalizados. Para o GR2, a queilite angular foi observada em 7,1% dos idosos, observando-se uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($\chi^2 = 8,44$, $p=0,01$) sendo que um deles apresentou a referida lesão da forma unilateral. A maioria desses indivíduos era desdentado total, outros tinham poucos dentes. Os portadores de queilite angular, em sua maioria, possuíam alterações na dimensão vertical de oclusão.

Na oportunidade, foi recomendado a todos os portadores da queilite angular a se submeterem, primeiramente, a uma reabilitação protética, através da confecção de uma PTR ou de uma prótese parcial removível (aparelho tipo "roach"), com o objetivo de reverter esta lesão, e, ao mesmo tempo, usarem um antifúngico indicado para o quadro clínico.

A queilite actínica foi presenciada em 10 (6,9%) indivíduos do GR1, e em 11 (5,6%) do GR2, sendo que toda ela foi diagnosticada no lábio inferior. A maioria desses idosos relatou que ainda tinha atividades ao sol. A todos eles foi recomendado o uso do filtro solar, e, quando da exposição ao sol, usar sempre um chapéu de aba larga.

No grupo dos idosos que não usavam PTR (GR2), quatro apresentaram lesão vascular, e dos que usavam a prótese três apresentaram esta lesão. Máculas brancas e marrons, pápulas brancas, nódulos hiperplásicos, também foram encontrados nos dois lábios.

Em um idoso foi diagnosticado, através dos exames clínico e histopatológico, um carcinoma de células escamosas no lábio inferior. Assumindo o compromisso inicial, o idoso foi encaminhado ao Hospital Mário Pena de Belo Horizonte, onde fez o tratamento cirúrgico indicado para o caso. Atualmente, encontra-se em controle periódico.

Na mucosa jugal, as variações da normalidade mais expressivas foram os grânulos de Fordyce, onde 46 indivíduos do GR1 e 53 do GR2 apresentaram esta variação. Em dois idosos de cada grupo foram encontradas estrias brancas, compatíveis com líqüem plano, o que foi confirmado pelo exame histopatológico. Foram presenciados também máculas brancas, lesão vascular, nódulo hiperplásico, e uma úlcera traumática, provocada pelo traumatismo de uma PTR superior. Após a remoção do traumatismo, houve a cicatrização da úlcera.

Ao exame da língua, quando observado o dorso, as variações da normalidade encontravam-se em 50 (34%) indivíduos do GR1, e em 102 (51,5%) do GR2. Essas variações apresentaram-se nas formas de língua fissurada, que foi a mais prevalente para os dois grupos, somando um total de 29 (7,8%), sendo seis (4,1%) do GR1 e 23 (11,6%) do GR2, com diferença significativa entre eles ($\chi^2 = 4,13$, $p=0,05$). O GR1 apresentou, ainda, glossite romboidal mediana (3,4%). Foram observados ainda, no GR1, língua despapilada, compatível com a candidíase atrófica aguda, nódulo hiperplásico,

e hipertrofia papilar. Foi evidenciada, em três idosos, a língua negra pilosa. Chamou muita atenção o fato de os idosos se queixarem de mau hálito, gosto ruim na boca, alguns atribuindo o referido gosto a problemas hepáticos. Entretanto, em todos os indivíduos que apresentaram essas queixas, somando um total de 114 (33,1%), estava presente a língua saburrosa. A todos eles foi ensinado o ato de escovar o dorso da língua. Apesar de não ser considerada lesão ou variação da normalidade, ressalta-se o percentual elevado observado, sobretudo pelo desconforto que ela apresenta, apesar de não ser relacionada ao que pode acarretar.

O bordo da língua foi a região que menos apresentou alterações. Um total de 338 (98,2%) idosos apresentou aspecto de normalidade nesta superfície. No GR1, somente um indivíduo apresentou um nódulo hiperplásico. No GR2, três idosos apresentaram varicosidades. Um indivíduo apresentou estrias brancas, compatíveis com líquem plano, sendo que estas se encontravam também na mucosa jugal. Foi encontrado também, neste grupo, um indivíduo com hipertrofia papilar.

No ventre da língua, a alteração mais comum foi a varicosidade, que foi observada em 18 (12,3%) idosos do GR1 e 37 (18,7%) do GR2, sem ser observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Em um indivíduo que não usava PTR, presenciou-se uma mácula vermelha, que não foi controlada, porque o indivíduo não retornou à consulta.

Na região do assoalho bucal, um idoso do GR1 apresentou uma área ulcerada, devido a trauma da prótese. Foi feito um desgaste no acrílico da PTR, e, no controle de oito dias, a lesão desapareceu. No GR2, um idoso apresentou um quadro de varicosidade, e outro apresentou uma lesão

translúcida, amarelada, nodular, móvel e endofítica. Foi realizada a biópsia excisional, e obtivemos o diagnóstico histopatológico de lipoma.

Quanto ao exame do rebordo alveolar superior, 113 (77,9%) idosos do GR1 (PTR) não apresentaram alterações. A candidíase eritematosa apareceu em 24 (16,6%) dos idosos. No GR2, dos indivíduos que não usavam a PTR, dois apresentaram a candidíase eritematosa. Estes dois indivíduos usavam a prótese parcial removível. Esses dados vêm confirmar os relatos de FOTOS & HELLSTEIN (1992), quando afirmaram que a estomatite provocada por PTR apresenta-se confinada na área chapeável das próteses, que pode servir de abrigo para o fungo e, assim, representar fonte de reinfecção.

A hiperplasia fibrosa, neste rebordo superior, ocorreu em seis (4,1%) idosos do GR1, e em somente um do GR2, que relatou, inclusive, ter deixado de usar a PTR oito meses antes. Entre os idosos que apresentaram esta lesão, foram observadas alterações na integridade das próteses, o que levou à diminuição de sua estabilidade, tornando-as traumáticas para a mucosa em que se apoiavam. Esta relação é confirmada por PINTO COELHO & ZUCOLOTO (1998), KENT et al. (1989) e WRIGHT et al. (1992).

Nos GR1 e GR2, foram encontradas, ainda, nos rebordos, outras alterações tais como, comunicação buco-sinusal, máculas, pápulas brancas e exostose óssea.

No rebordo alveolar inferior, somente dois (1,4%) idosos, do total de 78 que usavam PTR, apresentaram a candidíase eritematosa, sendo que as duas se encontravam limitadas a região anterior do rebordo. Este resultado é apoiado por FOTOS & HELLSTEIN (1992), quando afirmaram que a estomatite por dentadura ocorre mais no maxilar superior, e raramente na mandíbula.

Acredita-se que esta situação ocorra pelo fato de a prótese superior ter maior área chapeável, proporcionando, assim, um maior acúmulo de fungos na superfície da PTR.

Neste rebordo inferior, a hiperplasia fibrosa foi encontrada em nove (6,2%) indivíduos do GR1 e em nenhum do GR2. Outras alterações também foram presenciadas, como a ceratose, nódulo fibroso, máculas brancas, e pequenos aumentos de volume, compatíveis com exostose óssea.

No palato duro, dos 146 idosos que usavam PTR, 83 (57,2%) apresentaram a candidíase eritematosa, sendo que em alguns indivíduos ela estava associada à hiperplasia papilar inflamatória (Figura 5). A grande prevalência desta lesão, neste palato, é causada por uma maior área de contato entre a mucosa do palato e a superfície da prótese e, principalmente, pela má higienização das PTR. Nesta pesquisa, a higienização insuficiente estava associada a 100% dos indivíduos que apresentaram candidíase. A má higienização da prótese dentária é um determinante direto da candidíase eritematosa, sendo uma condição aceita pela maioria dos autores tais como MOSKONA & KAPLAN (1992), NIKAWA et al. (2003), Bergendal (1982), FOTOS & HELLSTEIN (1992), SAKKI (1997), PIRES et al. (2002).

Os idosos que não usavam PTR não apresentaram candidíase eritematosa. Nesse grupo, somente um indivíduo apresentou um quadro de candidíase pseudomembranosa. Na oportunidade, relatou que se encontrava em uso prolongado (38 dias) de antibiótico, em função de uma infecção urinária, relação comentada por FANTASIA (1997) e NEVILLE (2000).

Baseado, principalmente nestas alterações do palato duro, torna-se mais evidente a afirmação de DESJARDINS et al. (1997), ao citarem que, em

função da diminuição no poder de regeneração e reparação do idoso, as complexas redes de nervos dos tecidos bucais diminuem com a idade. Assim, estas lesões crônicas, encontradas e descritas por BUTZ-JORGENSEN (1981), surgem sem que haja, muitas vezes, uma percepção, por parte do indivíduo, e quando há, providências não são tomadas até que as referidas lesões proporcionem uma condição bucal inadequada em função da qualidade insatisfatória da PTR, como foi relatado por BRUNETTI et al. (1998).

Foram presenciadas, também, outras lesões no palato. Em um idoso, foi encontrada estomatite nicotínica, em outro pápula branca rugosa, na qual foi feita uma biópsia excisional com diagnóstico histopatológico de ceratose com atipia celular leve. Outras alterações observadas foram hematoma, nódulo hiperplásico e um torus palatino.

No palato mole, 95,9% (140) dos idosos do GR1 não apresentaram alteração. A estomatite nicotínica apareceu em um indivíduo que a possuía também no palato duro. Um outro apresentou uma pápula branca rugosa como continuidade da mesma lesão no palato duro. Foi detectada em um idoso, uma mácula avermelhada, que, no controle de oito dias, desapareceu, e, em outro indivíduo, foi detectado um pequeno nódulo hiperplásico. No GR2, não foi encontrada qualquer alteração.

Ao exame da região do vestíbulo, 319 (93,6%) idosos foram considerados normais. Para os que usavam PTR, 18 (12,4%) apresentaram hiperplasia fibrosa, sendo 14 na maxila e o restante na mandíbula. No GR2, somente uma idosa apresentou a lesão em questão. Esta era desdentada total, e usou PTR por um período de oito anos. Candidíase pseudomembranosa também foi diagnosticada no vestíbulo, como continuidade da mesma lesão no

palato duro. Foram detectados, também, grânulos de Fordyce e uma fístula na região do dente 16.

BARBEUA et al. (2003) comentaram, em seu trabalho, que a presença da estomatite causada por prótese estava relacionada com indivíduos que não removiam a PTR para dormir e aos que possuíam o hábito de fumar. No presente trabalho, encontramos que, dos 84 idosos portadores de candidíase eritematosa, somente nove (10,7%) eram fumantes.

Com relação à variável gênero, foram observadas algumas diferenças de prevalência de lesões de mucosa. NEVALAINEM et al. (1997) relatam que a estomatite por dentadura é mais comum em mulheres, o que foi observado também nesse trabalho. Observou-se que esta lesão estava presente em 56 (38,3%) mulheres e em 28 (19,1%) homens, em uma proporção de 2:1. Já MOSKONA & KAPLAN (1992) afirmam o contrário quando apresentam, em seu trabalho, que 22,5% dos homens que usavam PTR apresentavam a estomatite por dentadura, e nas mulheres foi somente 11,1%.

Nesta pesquisa a hiperplasia fibrosa causada pelo uso da PTR foi mais comum também nas mulheres, na mesma proporção de 2:1. Foram 16 (10,9%) mulheres e sete (4,8%) homens. PINTO COELHO & ZUCOLOTO (1998) acharam que esta lesão é mais comum também em mulheres, mas em uma proporção de 5:1.

O fato da candidíase eritematosa e a hiperplasia fibrosa ser mais comum no gênero feminino, é comentado por CUTRIGHT (1974), quando relata que as mulheres usariam as dentaduras com mais frequência, por fatores estéticos, inclusive no descanso noturno, como foi lembrado por VELOSO & COSTA 2002.

Foi encontrado, também, que a queilite angular foi mais prevalente nas mulheres, com um total de 18 (12,3%), e, nos homens, de 13 (8,9%). Estes números concordam também com os achados de NEVALAINEM et al., (1997), e ao mesmo tempo discordam também com os relatos de MOSKONA & KAPLAN (1992).

5.3 AVALIAÇÃO DAS PTR: TEMPO DE USO, INTEGRIDADE E HIGIENIZAÇÃO

Quanto ao número de PTR, observamos que, do total de 146 indivíduos (GR1), todos usavam a prótese superior, e 78 (22,7%) usavam a inferior, ao mesmo tempo. Nenhum idoso se apresentou usando somente a prótese inferior. Todos os idosos que tinham necessidade de usar a PTR inferior e não usavam, disseram que tentaram usar. Os motivos mais freqüentes para o abandono da dentadura inferior, foram a falta de retenção e estabilidade, e o fato de machucarem muito.

Em função dos comentários feitos por DUARTE et al. (2002) sobre a crise social, desigualdade socioeconômica, distribuição desigual de bens e serviços entre os grupos sociais, optamos por avaliar, para aqueles indivíduos do GR1, o tempo de uso da PTR e o tempo de uso da atual PTR.

Analisando o Gráfico 4, a seguir, concordamos também com KUNST & MACKENBACH (1994), MACKENBACH & KUNST (1997), quando dizem que as classes sociais menos favorecidas agravam a desigualdade social na saúde, em função de vários determinantes, dentre eles a dificuldade de

acesso aos bens e serviços de saúde, inclusive a saúde bucal e às políticas sociais. Observa-se que, dos 146 usuários de PTR, a maior concentração dos idosos em função do tempo de uso da mesma foi no período de 21 a 40 anos (50%). Em seguida, foi o uso pelo tempo de 41 anos ou mais, onde foram encontrados 33 (22,6%) indivíduos e 11 a 20 anos, em 30 (21%) idosos. Considerando as faixas etárias examinadas, pode-se concluir que a colocação da PTR pode ter ocorrido precocemente.

No distrito do Morro do Ferro, foi comentado por alguns idosos que usavam PTR pelo período de 41 anos ou mais, que, quando jovens havia na região somente um dentista prático. Ao sinal de qualquer alteração na estrutura do dente, este era extraído. Faziam inclusive extrações “preventivas” para evitar as dores de dente. Dessa forma, era grande o número de portadores de dentaduras, começando a usá-las em uma fase muito precoce da vida.

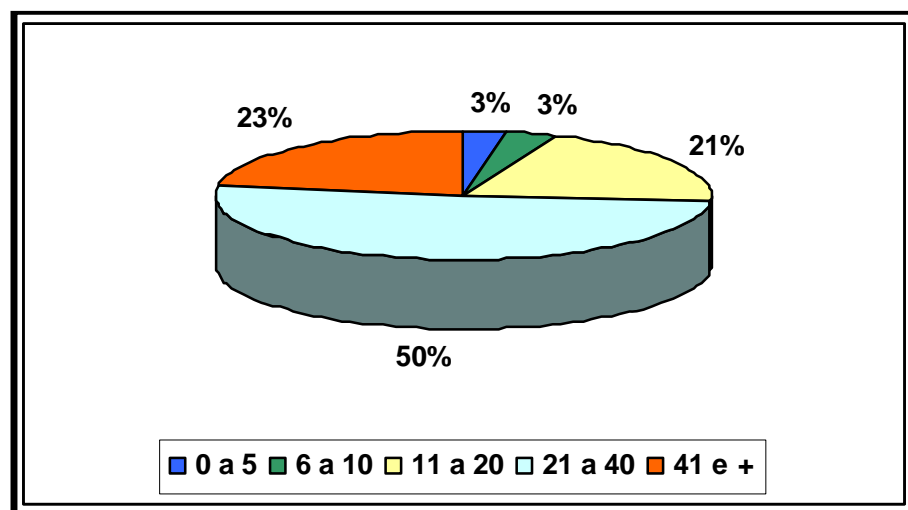


GRÁFICO 4 - Distribuição dos idosos usuários de prótese, segundo o tempo de uso, em percentual, comunidade rural em Minas Gerais, 2002

Foi observado, neste trabalho, que à medida que se aumentava o tempo de uso da mesma PTR, aumentava a incidência da candidíase eritematosa. Para quem usava a mesma PTR por um período de seis a 10 anos

encontraram-se dois casos de candidíase eritematosa. Para quem usava por um período de 11 a 20 anos, já houve um aumento considerável, ou seja, 19 casos. A maior incidência foi para aqueles indivíduos que usavam a mesma dentadura durante 21 a 40 anos, apresentando 30 idosos com estomatite por dentadura. Estes resultados concordam com os achados de MOSKONA & KAPLAN (1992).

A maioria dos idosos comentou, que no início, foi muito difícil usar a PTR, mas, com o passar do tempo, ia se adaptando até que a prótese se acomodasse totalmente. A partir desse momento, procuravam dentista somente quando algum acidente ocorria com a mesma. Com este fato, ficam confirmadas as observações de CABOT & ROBERTS (1984), quando afirmam, inclusive, que estes acidentes, como a fratura, impediam o uso da PTR.

Nesta oportunidade, pesquisou-se também o tempo de uso da dentadura que o indivíduo possuía no momento do exame clínico. A maior frequência foi observada entre os idosos que usavam a mesma PTR por um período de 21 a 40 anos, 55 (37,6%) idosos. Pelo período de 11 a 20 anos, foram encontrados 34 (23,2%) idosos.

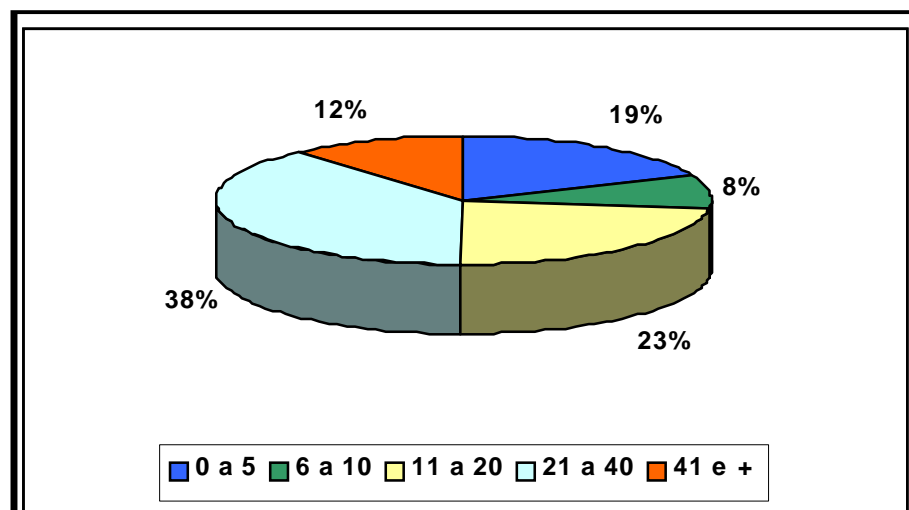


GRÁFICO 5 - Distribuição dos idosos usuários da PTR segundo o tempo de uso da atual PTR, em percentual, comunidade rural em Minas Gerais, 2002

Importante relatar que, grande parte dos indivíduos, principalmente os que usavam a atual PTR, havia mais de 20 anos, comentou que esta era a mesma confeccionada inicialmente. Assim encontraram-se indivíduos que usavam a mesma dentadura havia 55 anos. É evidente que todas essas PTRs estavam com sua integridade comprometida.

Em média, o tempo de uso de prótese observado foi de 31,08% (\pm 12,82), e o tempo médio de confecção da prótese que usavam, no momento do exame, foi de 22,02% (\pm 14,78).

Quanto à integridade da PTR, entre os usuários, 45 (31%) não apresentaram alterações. Para o exame das PTRs, foram observadas todas as áreas. Primeiramente, avaliamos a área chapeável, e nesta encontramos perfurações, trincas e fraturas. Foram encontrados 21 (14,3%) idosos que apresentavam essas alterações. Em função destas alterações foram observadas algumas lesões hiperplásicas. Em 23 (15,75%) indivíduos observou-se que a prótese apresentava dentes quebrados em variadas formas. Dentes ausentes ou desgastados foram presenciados nas PTR de 93 (63,7%) pessoas. Destes, 12 (12,9%) apresentaram queilite angular, sendo que em alguns havia sinais de alterações na dimensão vertical de oclusão.

Na PTR superior, avaliou-se, também, a presença da câmara de sucção. (Figura 1) Esta foi encontrada em 18 (12,3%) indivíduos. Em todos esses, observou-se a hiperplasia fibrosa associada a candidíase eritematosa (Figura 2), observação apresentada também por VELOSO & COSTA (2002).

A higienização medida no aparelho protético é tão importante quanto a higienização dos dentes naturais para manter a saúde bucal. Não foi possível verificar a higiene das próteses através de índice ou mesmo graus,

porque não foram encontrados parâmetros ou escalas satisfatórias para se comparar. Optou-se, então, por determinar se a higienização da PTR era suficiente ou insuficiente. Preconizou-se, como higienização insuficiente, a PTR que apresentava em suas superfícies, tártaros, placas e restos alimentares decorrentes da deficiência de limpeza. (Figura 4)

Para os idosos do GR1, encontrou-se que 120 (82,1%) possuíam uma higienização insuficiente. Este dado contrasta um pouco com os achados de MOSKONA & KAPLAN (1995), quando relataram, em seu trabalho, que, dos indivíduos examinados, 59% possuíam higiene satisfatória em suas dentaduras. Na pesquisa do presente trabalho, 17,9% apresentaram higienização suficiente. Acredita-se que esse achado pode ter sido em função dos critérios subjetivos desse exame (neste e em outros trabalhos), ou mesmo do nível sócio-econômico e cultural ou da situação geográfica, dificultando o acesso aos serviços de saúde. Esta situação foi descrita por DUARTE et al. (2002). A maioria desses idosos relatou que não higienizavam adequadamente suas dentaduras por desconhecerem a técnica apropriada, ou para não terem gastos com material de limpeza.

A todos foi ensinado como limpar a PTR, usando, inclusive, materiais caseiros, tais como escovas, pastas dentais e até mesmo detergentes, se necessário. Na oportunidade, foi alertado que, mediante esta limpeza, haveria um desgaste natural da PTR, (aumento da porosidade) e, baseado nos relatos de NIKAWUA et al. (2003), alertou-se também que esta favoreceria a incidência de estomatite por dentadura. Essas atividades educacionais, no sentido de exercer uma higienização suficiente, foram elucidadas por DOLAN & ATCHINSON (1993).

5.4 LESÕES DE MUCOSA E O USO DA PTR

Os achados do presente trabalho concordam com a maioria dos autores, tais como, RUSSOTO (1980), BERGENDAL & ISACSSON (1983), ARENDOF & WALKER, (1987), JORGE (1991), MOSKONA & KAPLAN (1992), COBERT et al. (1994), SAMARANAYKE & WILKIESON (1995), VELOSO & COSTA (2002), quando afirmam que as lesões mais prevalentes em decorrência do uso de PTR são a candidíase eritematosa, hiperplasia fibrosa e a queilite angular.

Pelos dados apresentados, observou-se, neste trabalho, que a candidíase eritematosa e a hiperplasia fibrosa estavam relacionadas com o uso da PTR, não sendo encontrada nos idosos que não a usavam. Situações como o uso prolongado de PTR e, principalmente, o uso prolongado da mesma PTR, parecem induzir o aparecimento destas lesões.

A higienização insuficiente foi outro fator determinante no aparecimento da candidíase eritematosa. Dos 120 indivíduos que possuíam a higienização insuficiente, 77 tinham a candidíase eritematosa, ou seja, 64,1%. A limpeza insatisfatória favorece o crescimento de microorganismos na área chapeável da PTR, o que determina o aparecimento desta lesão, fato este não observado nos idosos que possuíam higienização satisfatória da PTR.

A queilite angular foi evidenciada nos indivíduos que apresentavam alterações na dimensão vertical de oclusão. Essa situação não foi, portanto, exclusividade dos usuários de PTR. Diante dos dados obtidos nesse trabalho, os dois grupos estudados apresentaram a queilite angular. Ela foi mais evidente nos idosos do GR1 em função das alterações na integridade das próteses.

Dessas alterações, 23 indivíduos apresentaram dentes quebrados na prótese e 17 tinham queilite angular, 53 tinham os dentes desgastados e 12 tinham queilite angular, sendo que destes, 10 indivíduos tinham as duas alterações ao mesmo tempo.

Os cirurgiões dentistas que confeccionam PTR devem ter o hábito de conscientizarem seus pacientes sobre a importância dos cuidados que devam ter com a prótese, objetivando manter a saúde bucal. Muitos indivíduos pensam e relatam que, sem os dentes naturais, nunca mais terão problemas na boca. Infelizmente, não possuem a informação de que as PTRs também promovem doenças e desconfortos na cavidade bucal.

A orientação profissional é de extrema importância para transmitir aos indivíduos os ensinamentos sobre a higienização das próteses, da boca, e visitas periódicas ao consultório para avaliação da integridade da PTR e de toda a mucosa bucal.

3 CONCLUSÃO

Os resultados deste trabalho nos permitem concluir que

- As lesões de mucosa mais prevalentes em decorrência do uso de PTR foram: Candidíase eritematosa, hiperplasia fibrosa e queilite angular.
- Estas alterações parecem ter sido mais prevalentes em função da higienização insuficiente ou alterações na integridade da PTR.
- O uso prolongado de PTR, sobretudo da mesma PTR, contribuiu na prevalência destas alterações
- O uso de PTR nesta população pode ter provocado o aparecimento de alterações na mucosa bucal.
- O usuário de PTR deve fazer visitas periódicas ao cirurgião dentista para avaliar a integridade da mesma e da mucosa bucal, considerando ainda que a orientação de uso é de grande importância para a preservação da mesma. Neste sentido, o direito de acesso ao serviço odontológico é fundamental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARENDOF, T.M., WALKER D.M., KINGDOM, R.J., ROLL, J.R.S. Tobacco smoking and denture wearing in oral candida leukoplakia. *Br. Dent. J.*, Nov. 19, 1983.
- ARENDOF, T.M., WALKER, D.M. Denture stomatitis: a review. *Journal of Oral Rehabilitation*, v. 14, p. 217-227, 1987.
- ATCHINSON, K., DOLAN, T. Development of geriatric oral health assessment index. *Journal of Dental Education*, Washington, v. 54, n. 11, p. 680-687, 1990.
- BARBEAU, J., SEGUIN, J., GOULET, J.P., KOMINCK, L., ARON, S.L., LALOND, B., DESLAURIERS, N. Reassessing the presence of *candida albicans* in denture related stomatitis. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, v. 95, n. 1, p. 519, Jan. 2003.
- BARNES, I.; WALLS, A. *Gerontology withing*. Oxford, [s.ed.], 1994. 211p.
- BAUN, B.J.. The dentistry-gerontology connection. *J. Am. Dent. Assoc.*, v. 109, p. 899-900, Dec. 1984.
- BERGENDAL, T., ISACSSON, G. A combined mycological and histological study of denture stomatitis. *Acta Odontologica Scandinavica*, v. 41, p. 33, 1983.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 137p. (Série C: Estudos e projetos, 4)
- BRITO, A.M., VELOSO, K.M.M. Lesões causadas por prótese total mal adaptada em pacientes idosos – Relato de dois casos clínicos. Acesso à Internet: www.Odontologia.com.br/artigos/manifestações, 25-7-2001.
- BRUNETTI, R.F., MANETTA, C.E., MONTENEGRO, F.L.B., 2003. Funções do sistema mastigatório: sua importância no processo digestivo em geriatria. *Atualidades em Geriatria*, v. 3, n. 16, p. 6-9, 1998.
- BUCHNER, A., CALDERON, S., RAMON, Y. Localized hyperplastic lesions of the gingives: a clinicopathological study of 302 lesions. *J. Periodontal*, v. 48, p. 101-104, 1977.
- BUTZ-JORGENSEN, E. Oral mucosal lesions associated with wearing of removable dentures. *Journal of Oral Pathology*, Copenhagen, v. 10, n. 2, p. 65-80, 1981.
- CABOT, L.B., ROBERTS, J.B. Aftercare for the complete denture patients. *Bristol Dental Journal*, 1984.

CAMPBELL, B.H., MARK, D.H., SONESON, E.A., FREIJE, J.E., SCHULTZ, C.J. The role of dental protheses, in alveolar ridge squamous carcinomas. *Arch Otolaryngol Head Neck Sug.*, v. 123, n. 10, p. 1112-1115, Oct. 1997.

CARNEIRO, V.B. *Gênese da assistência supletiva de saúde no Brasil*. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina/UFMG, 2001. (Dissertação, mestrado)

CHAIMOWICZ, F. Características do envelhecimento populacional no Brasil. In: __. *Os idosos brasileiros no século XXI*. Belo Horizonte: Postgraduate, 1998. p. 41.

COHEN, B., THOMSON, H. *Dental care for the elderly*. London: Willian Heinemann Medical Books, 1986. 213p.

COMARK, E. Acesso à Internet: www.odontologia.com.br/artigos/geriatria. Rio de Janeiro 1997.

CORBERT, E.F., HOMGEN, C.J., PHILLIPSN, H.P. Oral lesions in 65-74 years old Hong Kong Chinese. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v. 22, p. 392-395, 1994.

CUTRIGHT, D.E. The histopatologic findings in 583 cases of epulis fissuratum. *Oral Surg.*, v. 37, n. 3, p. 401-411, 1974.

DAWSON-SAUNDERS, B., TRAPP, R.G. *Basic and clinical biostatistics*. Norwalk: Appleton e Lange, 1994. 344p.

DESJARDINS, K.P., WINKELMAN, R.K., GONZALEZ, J.B. Comparison of nerve endings in normal gingival with those in mucosal earvering edentulous alveolar ridges. *J. Dent. Res.*, p. 50, 867, 1977.

DOLAN, T.A., ATCHISON, K.A.. Implication of access utilization an need for oral health care by the non-institutionalized elderly on the dental delivery system. *J. Dent. Educ.*, v. 57, n. 12, p. 876-887, 1993.

DUARTE, E.C. et al. *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

ELLIASON, L. et al. The predominant micro-flora of palatal mucous in an elderly island population. *Acta Odontol. Scand. Noruega*, v. 50, n. 3, p.163-169, June 1992.

ETTINGER, R.L., BECK, J.D., MILLER, J.A., JAKOBESSEN, J. Dental service use by older people living in long-term care facilities. *Spec. Care. Dentist.*, v. 8, p. 178-83, 1988.

FANTASIA, J.E., Diagnosis and treatment of common oral lesions found in the elderly. *Dental Clinics of North America*, v. .41, n. 4, p. 877-890, Oct. 1997.

FOTOS, P., HELLSTEIN, J. Candida and candidosis. Epidemiology, diagnosis, and therapeutic management. *Dental Clinics of North American*, v. 36, n. 4, p. 857-878, 1992.

HAND, J., WHITEHILL, J. The prevalence of oral mucosal lesions in an elderly population. *Journal of American Dental Association*, Chicago, v. 112, n. 1, p. 73-76, 1986.

HOLMSTRUP, P., AXELI, T. Classification and clinical manifestation of oral yeast infections. *Acta Odontologica Scandinavica*, Oslo, v. 48, n. 1, p. 57-59, 1990.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Anuário estatístico do Brasil*: 1987. Rio de Janeiro: IBGE, 1988. 739p.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Contagem da população*: 1996. Rio de Janeiro, 1997. 2 v.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Brasil está mais velho e violento, diz IBGE. *Brasil On Line*, Brasil, p. 1, 10 de março 1999.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2000*. Resultado do universo. www.ibge.gov.br

JACOB FILHO, W., SOUZA, R.R. *Anatomia e fisiologia do envelhecimento*. [s.l.]: [s.ed.], 1984. p. 31-34.

JORGE, J.J.R. Oral mucosal health and disease in institutionalized elderly in Brazil. *Community Den. Oral Epidemiol.*, v. 19, n. 3, p. 173-175, 1991.

JITOMIRSKI, F. Programação e saúde bucal. In: PINTO, Vitor Gomes. Saúde bucal coletiva. 4.ed. Rio de Janeiro: Santos Livraria Editora, 2000. cap. 5, p. 120-127.

KALACHE, A.H., Prefácio. In: CHAIMOWICZ, Flávio. *Os idosos brasileiros no século XXI*. Belo Horizonte: Porgraduate, 1988. p. 14.

KENG, S.B., LOH, H.S. Clinical presentation of denture hyperplasia of oral tissue. *Ann. Acad. Med. Singapore*, v. 18, n. 5, p. 537-540, 1989.

KUNST, A.E., MACKENBACH, J.P. Measuring socioeconomic inequalities in health. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 1994. 115p.

LOECHE, W., ABRAMS, J., TERPENNING, M. Dental findings in geriatric populations with diverse medical backgrounds. *Oral Surgery, Oral Pathology and Oral Radiology*, St. Louis, v. 80, n. 1, p. 43-54, 1995.

MAC ENTEE, M.I., WEISS, R.T., WAXLER-MORRISON, B.J. Opinions of dentists on the treatment of elderly patient in long-term care facilities. *J. Public Health Dent.*, v. 52, n. 4, p. 239-244, 1992.

MACKENBACH, J.P., KUNT, A.E., Measuring the magnitude of socioeconomic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two example from Europe. *Soc. Sci. Med.*, v. 44, n. 6, p. 757-771, 1997.

MARCHINI, L., MONTENEGRO, F.L.B., BRUNETTI, R.F., Acompanhamento Odontológico em Centros Geriátricos. www.Odontologia.com.br/artigos, 17/4/2003.

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

MORSE, D.E., KATZ, R.V., PENDRY, D.G., HOLFORD, T.R., KRTCHKOFF, D.J. Mouthwash used and dentures in relation to oral epithelial dysplasia. *Oral Oncol.*, v. 33, n. 5, p. 338-348, Sept. 1997.

MOSKONA, D., KAPLAN, I. Oral lesion in elderly denture wears. *Clinical Preventive Dentistry*, v. 14, n. 5, p. 11-14. Sept./Oct., 1992.

MOSKONA, D., KAPLAN, I. Oral health and treatment needs in a non-institutionalized elderly population: experience of a dental school associated geriatric clinic. *Gerontology*, v. 12, n. 12, p. 95-98, 1995.

NEVALAINEM, M.J., NÄRHI, T.O., AINAMO, A. Oral mucosal lesions and oral hygiene habits in the home living elderly. *J. Oral Rehabil. Helsinki*, v. 24, n. 5, p. 332-337, 1997.

NEVILLE, B., DAMM, D.D., ALLEN, C.N., BOUQUOT, J.E. *Patologia oral & maxilofacial*. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 6, p. 158-159.

NEWTON, A. Denture sore mouth: a possible etiology. *British Dental Journal*, v. 112, p. 357-360, 1962.

NIKAWA, H., JIN, C., MAKIHIRA, S., EGUSA, H., HAMANDA, T. Biofilm formation of *Candida albicans* on the surfaces of deteriorated soft denture living materials caused by denture cleansers in vitro. *J. Oral Rehabil.*, v. 30, n. 3, p. 243-250, 2003.

PADILHA, D.M.P., SOUZA, M.A.L. Alterações da mucosa bucal em dois grupos de idosos do Brasil e Inglaterra. *Revista Odonto Ciências*, Fac. Odonto PUCRS, n. 25, p. 175-202, 1998.

PADILHA, D.M.P., SOUZA, M.A.L., BALDISSEROTTO, J., SOLL, L., BERCHT, S., PETRY, P. Odontogeriatrics na universidade: para não perder tempo. *Rev. Fac. Odontol.*, Porto Alegre, v. 39, n. 1, p.14-16, 1997.

PEREZ, E.A., MARINO, R., DINI, E.L. Estado de la educación em gerodontologia em la América Latina: hallazgos de una encuesta. *Educ. Med. Salud.*, v. 26, n. 3, p. 155-160, 1992.

PINTO COELHO, C.M., ZUCOLOTO, S. Hiperplasia fibro-epitelial inflamatória: epidemiologia e atividade proliferativa celular epitelial. *Ver. Medicina*, v. 30, p. 558, 1998.

PIRES, F.R., SANTOS, E.B., BONAN, P.R., DE ALMEIDA, O.P., LOPES, M.A., Denture Stomatitis and salivary candida in Brazilian edentulous patients. *J. Oral Rehabil.*, v. 29, n. 11, p. 115-119, 2002.

ROCHA, E.S., MATTAR, D.D.S., MARTINS, C.R. Lesões de mucosa bucal em idosos. *Revista do CROMG*, v. 8, n. 2, p. 134-143, 2002.

RODRIGUES ARCHILLA, A., URQUIA, M. Denture stomatitis: qualification of interleukin-2 production by mononuclear blood cells cultured with *Candida albicans*. *J. Prosthodont.*, v. 75, p. 426, 1996.

RUSSOTTO, S.B. The role of *candida albicans* in the pathogenesis of angular cheilosis. *Journal of Prosthetic Dentistry*, v. 44, p. 243, 1980.

SAKKI, T.K. The association of yeasts and denture stomatitis with behavioral and biological factors. *Oral Surg. Oral Pathol.*, St. Louis, v. 84, n. 6, p. 624-629, 1997.

SAMARANAYAKE, L.P., WILKIESSON, C.A., LAMEY, P.J. Oral disease in the elderly in long term hospital care. *Oral Dis.*, v. 1, p. 147, 1995.

SCULLY, A.T.B. et al. The pathology of orofacial disease. In: BARNES, J., WALLS, A., HILL J. *Gerontology Wright*. [s.l.]: [s.ed.], 1994. cap. 4, p. 28-40.

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

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

SNEDECOR, G.W., COCHRAN, W.G. *Statistical methods*. 8.ed. Ames: Iowa State University, 1989. cap. 7, p.104-134. 503p.

SQUIER, C.A., HILL, M. W. The effect of aging in oral mucosa and skin. In: ETTINGER, R.L. *Clinical manifestations of oral mucosal aging*. Boca Raton: CRC Press, 1994. cap. 3, p.15-19.

TOMMAZI, A.F. *Diagnóstico em patologia bucal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982. cap. 28, p. 493.

VELOSO, K.M.M., COSTA, J.L. Avaliação clínica e orientação terapêutica das manifestações fisiológicas e patológicas da cavidade bucal de pacientes idosos de São Lis do Maranhão. Acesso na Internet: www.odontologia.com.br, 2002.

VETTER, D., SIMÕES, C.C. Acesso aos serviços de saneamento e suas relações com a mortalidade. *Revista Brasileira de Estatística*, v. 128, n. 33, p. 198, 2002.

VIEIRA, S. *Introdução a bioestatística*. Rio de Janeiro: Campos, 1991.

VINCENT, J.R., TENENBAUM, M.P., MASSICOTTE, P. Teaching of geriatric dentistry: Training of mobile dental service dentists. *J. Dent. Que.*, v. 29, p. 15-17, 1992.

VOLPE, A.R., MANHOLD, J.H., MANHOLD, B.S. Effect of age and other factors upon normal gingival tissue respiration. *J. Dent. Res.*, pp. 41, 1060, 1962.

ZEGARELLI, E.V. et al. *Diagnóstico das doenças da boca e dos maxilares*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982. 598p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Collaborating centre for oral precancerous lesions. Definition of leukoplakia and related lesions: an aid to studies on oral precancer. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v. 46, n. 4, p. 518-539, 1978.

WOOD, N., GOAZ, P. *Diagnóstico diferencial das lesões bucais*. 2.ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1983. 593p.

WRIGHT, S.M., SCOTT, B.J.J. Prosthetic assessment in the treatment of denture hyperplasia. *Br. Dent. J.*, v. 172, n. 8, p. 313-315, 1992.

A N E X O S

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado senhor ou senhora.

Estou fazendo um trabalho para verificar se, pessoas com 60 anos ou mais apresentam feridas na boca. Estas feridas podem ficar maiores e prejudicar sua saúde.

Gostaria de fazer um exame em você, este é simples, não dói, e não vai trazer nenhum problema. Todo material usado é descartável ou esterilizado como deve ser feito.

Se encontrarmos alguma ferida no seu exame, você receberá o atendimento necessário.

Eu _____,

Concordo em ser examinado pelo Prof. João Batista de Freitas ou outro membro de sua equipe devidamente calibrado por ele. Entendi que não terei problema e que serei tratado se for necessário.

Assinatura: _____

Data:

ANEXO II
FICHA CLÍNICA

NOME _____ **IDADE** _____

PROFISSÃO _____ **SEXO** _____

NATURALIDADE _____ **TELEFONE** _____

LEUCODERMA () FEODERMA () MELANODERMA ()

Usa PTR: Sim () Não () Superior () Inferior ()

M.C.: Avaliação clínica para pesquisar lesões de mucosa provocadas pelo uso de dentadura.

H.M.A.

H.P.: Revisão de sistemas – Uso de medicamentos – Processos alérgicos –

Hábitos nocivos.

Exame objetivo geral: Fácies – Edema – Assimetria facial – Linfonodos

Exame objetivo intra-bucal.

Lábios: _____

Bochechas: _____

Língua (dorso, ventre e rebordo):

Assoalho bucal: _____

Rebordos: _____

Palatos: _____

Orofaringe: _____

Gengivas: _____

Qualidade da PTR: Integridade _____

Higienização _____

Diagnóstico clínico: _____

Conduta para com a lesão

Biópsia: incisional () excisional ()

Tratamento conservador: _____

Terapêutica Medicamentosa: _____

Outras: _____

Diagnóstico Histopatológico: _____

Observações:

ANEXO III



Figura 1 – Prótese total superior com presença de câmara de sucção.



Figura 2 – Hiperplasia fibrosa decorrente de câmara de sucção associada à candidíase eritematosa



(A)



(B)

Figura – 3 (A e B) – Hiperplasia fibrosa decorrente de PTR mal adaptada e fraturada



Figura – 4 - Higienização insuficiente de PTR superior.

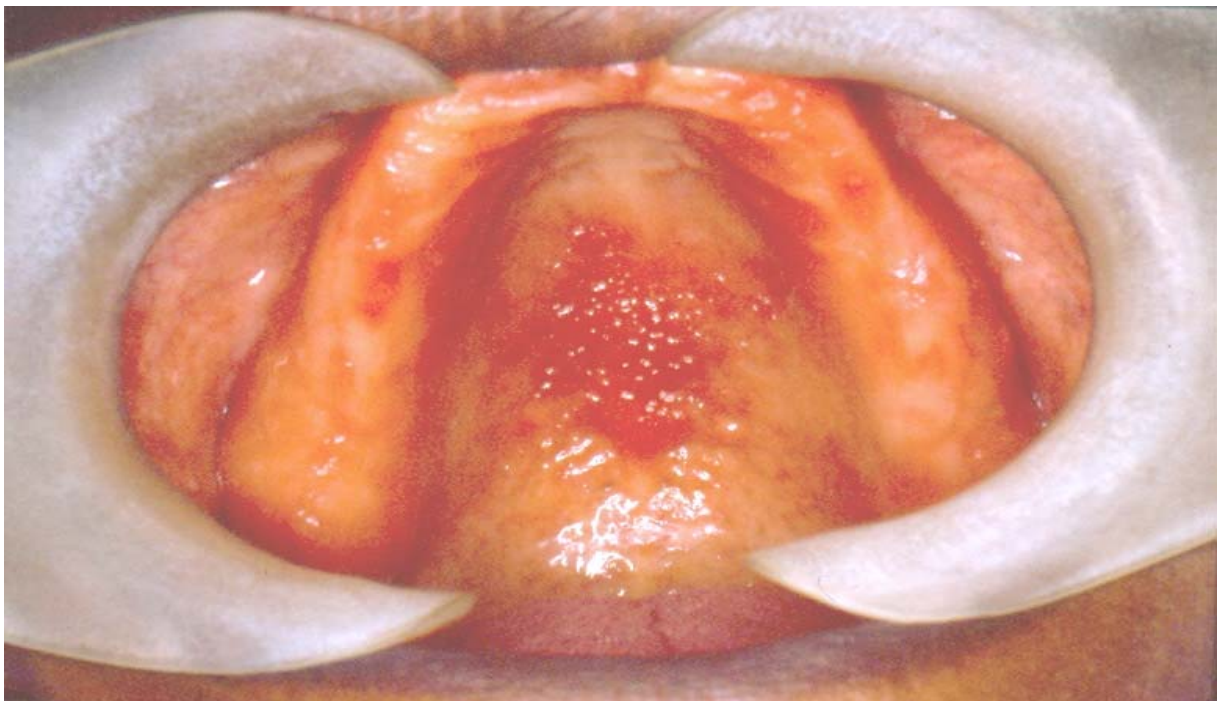


Figura 5 - Hiperplasia papilar inflamatória associada à candidíase eritematosa em função da higienização insuficiente da PTR.



(A)



(B)

Figura 6 (A e B) – Queilite angular em decorrência de alterações na integridade da PTR.



Figura 7 – Alterações na integridade da PTR: Fratura - dentes desgastados.